

Avis du HCAAM sur la régulation du système de santé

Avis adopté le 22 avril 2021





Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) s'est prononcé¹ en faveur d'un scénario de rupture qui d'une part, structure une offre d'acteurs en réseau permettant d'apporter avec des moyens renforcés en proximité une réponse de qualité à l'ensemble des besoins de santé et, d'autre part, consolide les moyens les plus spécialisés et lourds pour en maintenir l'excellence. Mettre en place cette organisation adaptée à la transition épidémiologique nécessite des investissements conséquents (dans les organisations, les systèmes d'information, les ressources humaines, la prévention) dont les pleins effets ne seront visibles qu'à moyen terme.

Le cadre actuel de régulation du système de santé n'est pas compatible avec cet horizon de transformation. Le constat de la Commission pour l'avenir des finances publiques² selon lequel : « notre gouvernance des finances publiques (...) est court-termiste et nous conduit à nous concentrer sur des politiques de rattrapage budgétaire au détriment de réformes structurelles de moyen et long termes » s'applique pleinement au secteur de la santé. Le HCAAM a dessiné en 2020 les contours d'un cadre plus adapté³. Cet avis approfondit ces travaux, avec un accent sur la refonte de l'Objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM), conformément à la lettre de mission du Ministre des Solidarités et de la Santé (en annexe). Ces propositions visent une régulation plus susceptible d'atteindre dans la durée les objectifs assignés par la population et ses représentants, dans leurs composantes politique, sociale et sanitaire, au système de santé ; ces représentants seraient plus associés aux décisions et à leur suivi, mobilisant une information plus riche, transparente et accessible. Le HCAAM publiera dans quelques semaines un rapport fournissant des précisions techniques sur les constats et propositions de cet avis.

Ce travail sera complété en 2021 par un rapport sur l'articulation entre assurances maladie obligatoire et complémentaire, et par un rapport détaillant le schéma cible de moyen terme de régulation, accompagnant une évolution de la gouvernance. Le HCAAM poursuit également ses travaux sur deux moteurs de la transformation du système de santé : les ressources humaines, et la population et ses différentes formes de représentation.

Ces travaux s'inscrivent dans le contexte de la crise sanitaire, qui a mis en lumière certaines faiblesses déjà identifiées de longue date. L'horizon court-termiste qui réduit les capacités d'anticipation est particulièrement préjudiciable en cas de crise. Concernant la réanimation et les soins critiques par exemple, la Cour des comptes évoque « un secteur mal préparé à affronter la crise » et « des choix de financement qui ont fait de la réanimation une activité structurellement déficitaire »⁴. On peut également citer la prévention de l'obésité, facteur de risque de forme grave de la Covid, pour laquelle le HCAAM a proposé une réforme des prises en charge et du financement⁵. La crise a en outre généré des besoins nouveaux, et le Haut conseil pour le financement de la protection sociale (HCFiPS)⁶ indique : « Quelles que soient les réformes, souhaitables, menées, il ne sera pas possible de rééquilibrer l'assurance maladie rapidement par la seule maîtrise des dépenses, même avec des hypothèses favorables ».

¹ Voir notamment *Contribution à la stratégie de transformation du système de santé*, HCAAM, 2018

² *Nos finances publiques post-Covid-19 : pour de nouvelles règles du jeu*, 2021

³ *Avis et rapport d'étape sur l'évolution des dispositifs de régulation du système de santé*, HCAAM, 2020

⁴ Cour des Comptes, *Rapport public annuel*, 2021

⁵ *La prévention dans le système de soins : organisation, territoires et financement*, HCAAM, 2018

⁶ *Note d'étape sur les finances sociales après la crise Covid-19*, HCFiPS, 2021



La première partie de cet avis montre qu'il est nécessaire de se doter d'une trajectoire à cinq ans pour le système de santé, reliant objectifs de santé, transformation du système de soins et moyens humains, matériels et financiers pour atteindre ces objectifs. La deuxième partie propose un cadre de mise en œuvre cette programmation pluriannuelle. La troisième partie présente des premières propositions pour poursuivre de la territorialisation des politiques de santé.

1. Une trajectoire pluriannuelle des activités et ressources pour atteindre les objectifs de santé.....	4
1.1. Une programmation stratégique	4
1.2. Des ressources cohérentes avec les objectifs.....	6
1.3. Une méthode d'élaboration de cette programmation	7
2. La mise en œuvre de la programmation pluriannuelle.....	11
2.1. Une déclinaison annuelle mobilisant la démocratie politique, sociale et sanitaire	11
2.2. Une provision pluriannuelle pour faire face aux aléas.....	12
2.3. Utiliser à bon escient les outils tarifaires.....	13
2.4. Adopter un mode de pilotage transversal sur certains objectifs	15
2.5. Pour la santé publique, une gestion par projet interministérielle, des financements sanctuarisés et une extension du panier de soins	16
2.6. Un cadre de régulation permettant les investissements nécessaires	17
2.7. Améliorer le découpage de l'ONDAM	18
3. Poursuivre la territorialisation de la politique de santé.....	19
Annexe : Lettre de mission du Ministre des Solidarités et de la Santé.....	21



1. Une trajectoire pluriannuelle des activités et ressources pour atteindre les objectifs de santé

1.1. Une programmation stratégique

La santé des individus dépend très largement de leur environnement, de leurs conditions de vie et de leurs comportements. Les progrès de l'hygiène et de la médecine ont permis de prévenir ou de traiter un nombre important de problèmes de santé et aujourd'hui les pathologies chroniques représentent l'essentiel de la morbidité et de la mortalité. Or, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), une grande partie de ces pathologies sont évitables par la prévention. Les pathologies chroniques évitables constituent l'équivalent d'une *dette épidémiologique*, résultant des déficits passés des politiques de promotion de la santé et plus généralement des conditions de vie, insuffisamment favorables à la santé. Pour améliorer la santé, réduire la mortalité et la morbidité, il faut, outre la mobilisation du système de soins, réduire en amont la formation de cette dette épidémiologique.

Proposition 1 : Mobiliser les leviers extérieurs au système de soins : investir dans l'éducation, le logement, les conditions de travail, l'environnement... contribue de manière efficace à l'amélioration de l'état de santé et la réduction des inégalités. Les effets sur la santé doivent beaucoup plus systématiquement être pris en compte dans la programmation des autres politiques.

La régulation du système de santé doit permettre de faire le lien entre objectifs de santé, transformation du système de soins et programmation des moyens humains, matériels et financiers en associant la multiplicité d'acteurs impliqués, dans le cadre d'une trajectoire explicite et partagée.

A défaut on sacrifie des réformes qui génèrent des coûts immédiats et des bénéfices plus lointains : restructuration de l'offre de soins conforme au scénario de rupture du HCAAM, et, en régime de croisière, investissement, innovation, prévention – domaines dont on déplore aujourd'hui qu'ils ont servi d'ajustement à la contrainte budgétaire de la décennie passée. L'effort insuffisant sur ces dépenses d'avenir est indolore à court terme mais se traduit à moyen terme par une dette épidémiologique et organisationnelle (organisations inadaptées). L'enjeu est aujourd'hui de payer les « intérêts » de cette dette tout en finançant les actions qui permettront de la réduire à terme : la phase de transition nécessite des ressources accrues.

Il s'agit de passer d'une programmation pluriannuelle incantatoire à une programmation stratégique, qui ne soit pas seulement budgétaire.

Proposition 2 : Elaborer, dans un cadre interministériel, une trajectoire à cinq ans des objectifs, activités et ressources du système de santé. Les objectifs de santé et de transformation de l'offre de soins à l'horizon de cinq ans et la programmation des moyens humains, matériels et financiers pour atteindre ces objectifs doivent être présentés dans un document unique, unifiant les textes existants⁷. Les autres textes dans le champ de la santé, dont la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), en seraient la déclinaison ; ils devraient être radicalement simplifiés et fournir une information plus transparente et hiérarchisée. Ce document, élaboré via une véritable place accordée à la démocratie politique, sociale et sanitaire, au niveau national et local, porterait sur l'ensemble des dépenses de santé et déterminerait leur répartition entre financeurs (Etat, collectivités territoriales, assurances maladie obligatoire et complémentaire, ménages, employeurs), sur la base de principes cohérents⁸. Il définirait des priorités transversales telles que : réduire les inégalités d'accès aux soins, structurer les soins de proximité, agir sur les déterminants de santé, dans le cadre d'une trajectoire tenant compte du point de départ. Il définirait également les modalités de suivi (objectifs chiffrés et indicateurs) et d'évaluation de la programmation.

Cette programmation doit intégrer les innovations technologiques et organisationnelles. La programmation financière devrait être articulée aux engagements plus ciblés⁹ et à l'ensemble des plans, nationaux ou régionaux.

Proposition 3 : Cette programmation doit comporter un volet ressources humaines. Elles sont en effet une clé essentielle du changement de notre système de santé¹⁰, et une perspective à la fois quantitative (effectifs et répartition) et qualitative (compétences, missions, statuts, lieux d'exercice, attractivité¹¹...), transversale à l'ensemble des professions, à l'échelle nationale et locale, est nécessaire.

La programmation des ressources humaines doit intégrer les modalités et niveaux de rémunération (qui constituent un des principaux déterminants de la dépense), les conditions de travail. Elle doit guider la formation des professionnels et accompagner leur mobilité, dans le cadre d'une promotion active des innovations et des formes d'organisation efficaces : restructurations des soins à l'échelle territoriale (par exemple déport d'activité d'un hôpital vers la ville), transferts pertinents de tâches vers des non-médecins (en gérant l'impact financier d'une complexification des tâches pour les professionnels). Le HCAAM poursuivra en 2021 ses travaux sur ce thème, en lien avec l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS), chargé de proposer une planification à cinq ans du nombre de professionnels à former pour répondre aux besoins du système de santé et réduire les inégalités d'accès¹².

⁷ Stratégie nationale de santé (SNS), Ma santé 2022, plan national de santé publique (PNSP), multiples plans, stratégies, programmes, feuilles de route, politiques thématiques y compris les plans dont le champ va au-delà du système de soins comme les plans santé au travail et santé-environnement

⁸ *La place de la complémentaire santé et prévoyance en France*, HCAAM 2021

⁹ Conventions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM - qui devraient elles-mêmes être mieux articulées), protocole sur le financement des établissements hospitaliers, Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) et Comité économique des produits de santé (CEPS), politique de rémunération dans la fonction publique hospitalière, Contrats d'objectif et de gestion des caisses....

¹⁰ *Les ressources humaines en santé, levier de la transformation du système de santé*, HCAAM 2020

¹¹ La task force sur la réforme du financement du système de santé a mis en évidence la corrélation positive entre vacances de postes et écarts de rémunération entre public et privé, selon les spécialités

¹² *Conférence Nationale du 26 mars 2021 – Rapport et propositions*, ONDPS

1.2. Des ressources cohérentes avec les objectifs

Il est indispensable que cette programmation soit définie en amont de la prochaine Loi de programmation des finances publiques (LPFP) afin d'assurer la bonne prise en compte des enjeux stratégiques dans les discussions relatives aux enjeux financiers.

Le niveau du financement collectif de la santé est aujourd'hui établi non pas *via* la programmation des moyens nécessaires pour atteindre les objectifs de santé, mais en fonction de sa soutenabilité macro-économique pour les finances publiques (estimée pour l'ONDAM entre 2 et 2,5% par an).

Encadré : ONDAM et régulation du système de santé

Mis en place par les ordonnances de 1996 pour maîtriser les dépenses d'assurance maladie, l'ONDAM est voté par le Parlement dans le cadre des LFSS. Son champ est donc restreint à la sécurité sociale¹³. Il couvre toutefois l'essentiel de la dépense publique de soins ; il regroupe une partie des dépenses des branches maladie, accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) et autonomie, pour un total de 200 Md€ en 2019. L'ONDAM se décompose en sous-enveloppes : soins de ville, établissements de santé, établissements pour personnes âgées et pour personnes handicapées, Fonds d'intervention régional (FIR), autres. Conçu comme un objectif à ne pas dépasser, il ne constitue pas un plafond au sens strict, ce qui impliquerait de cesser les remboursements une fois le plafond atteint.

L'ONDAM est mis en avant pour résoudre quatre grands types de problèmes de régulation :

- définir la fraction de la richesse nationale consacrée à la santé et, au sein de celle-ci, sa part « socialisée »

- assurer la soutenabilité des finances publiques

- allouer la dépense correspondante entre les différentes composantes de l'offre de soins

- déterminer la rémunération des offreurs de soins

Il s'agit de problèmes certes connectés mais de natures différentes, relevant selon les cas des choix collectifs, de la macroéconomie, de l'efficacité allocative dans la production des soins ou de politique de revenus. Un instrument unique, à vocation budgétaire, ne peut donc y suffire et il convient d'équilibrer le dispositif de régulation en renforçant les autres dimensions, extra-financières. Ceci n'empêche pas que la définition des choix stratégiques nécessite aussi de balancer les bénéfices attendus en termes sanitaires et les coûts à engager pour les atteindre ; d'évaluer les arbitrages entre solidarité et niveau des prélèvements obligatoires ; en d'autres termes, d'apprécier les sacrifices de pouvoir d'achat que la communauté est prête à consentir pour en avoir plus en ces domaines.

La contrainte budgétaire de la décennie passée a de fait été considérée comme excessive, compte tenu de la charge élevée des intérêts de la dette épidémiologique et organisationnelle générée lors des décennies précédentes. Entre 2010 et 2019 la part des dépenses de santé et, au sein de celles-ci, de l'ONDAM, dans le Produit intérieur brut (PIB) s'est stabilisée (l'ONDAM a progressé de 2,3% par an et le PIB de 2,2%), alors qu'elle augmentait précédemment. Ces tensions et la crise Covid ont conduit le gouvernement à desserrer provisoirement la contrainte, essentiellement à l'hôpital, *via* des plans *ad hoc* en 2019 (1,5 Md€ et 10 Md€ de reprise de dettes et d'investissement) et 2020 (8,9 Md€ d'augmentations salariales et 19 Md€ d'investissements, intégrant les mesures de 2019).

¹³ article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale



Une partie de ces sommes constitue un rattrapage de financements antérieurs insuffisants ; on ne peut déterminer les montants qui auraient été accordés hors crise Covid, mais leur prise en compte rétroactive conduirait à un taux de croissance de l'ONDAM supérieur à 2,3% pour la dernière décennie (avec une fourchette haute de 2,8% si on retient l'ensemble de ces mesures). Alternier une longue période de fortes contraintes budgétaires et un afflux massif de crédits est déstabilisant pour les acteurs et ne permet pas une allocation optimale des ressources. Permettre aux décideurs de relier ressources financières et objectifs de santé, économiques (rémunération des offreurs de soins) et organisationnels, dans le cadre de cette programmation stratégique, est nécessaire non seulement pour se donner les moyens d'atteindre ces objectifs, mais aussi pour rendre crédible dans la durée la trajectoire budgétaire.

1.3. Une méthode d'élaboration de cette programmation

a. Déterminer cette trajectoire sur la base d'analyses rétrospectives et prospectives permettant un véritable débat démocratique

Pour déterminer la trajectoire financière compatible avec les objectifs il convient de :

Proposition 4 : Renforcer l'analyse des déterminants de la croissance des dépenses de santé : impact prévisible des évolutions démographiques et épidémiologiques, des conditions environnementales, du niveau de vie et de l'inflation dès lors que l'on suit la dépense de santé en valeur, ainsi que des actions visant à réduire la dette épidémiologique (promotion de la santé *via* une vaste gamme d'interventions sociales, environnementales et sanitaires) et organisationnelle : amélioration de l'accès aux soins, de la qualité, la pertinence et l'efficacité (innovation, gains de productivité, promotion des formes d'organisation identifiées comme optimales par les évaluations médico-économiques)¹⁴. Identifier les économies et les leviers pour les réaliser dès la phase de construction budgétaire.

Pour s'assurer que le niveau des financements, et en particulier l'ONDAM, est soutenable pour les offreurs de soins compte tenu des évolutions prévisibles des coûts des facteurs, il convient dans un second temps de :

Proposition 5 : Documenter les effets économiques de la fixation du niveau de financement sur la rémunération des professionnels, la situation financière des établissements et des industriels, les dépenses d'avenir (investissement, prévention), l'implantation sur le territoire national de productions essentielles, l'innovation technologique et organisationnelle, l'absence de rentes. Rendre systématique l'évaluation des actions de régulation en intégrant le dispositif nécessaire dès la phase de conception.

Pour les propositions 4 et 5 il convient de mobiliser les travaux de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et de la Mutualité sociale agricole (MSA) pour leurs rapports Charges et produits, les analyses de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) et le nombre croissant de travaux de recherche en services et systèmes de santé conduits dans des laboratoires universitaires. Ces travaux doivent être enrichis et complétés pour que le schéma de régulation proposé dans cet avis donne sa pleine mesure. Ce schéma doit toutefois

¹⁴ Ces analyses explicatives sont plus pertinentes à un horizon de moyen terme que pour les prévisions de court terme, pour lesquelles un modèle prolongeant les tendances récentes (séries temporelles) est plus robuste



être mis en œuvre sans attendre que ces données nouvelles soient disponibles. Un investissement dans la connaissance d'une telle ampleur ne sera en effet consenti qu'en vue d'une utilisation opérationnelle, pour les besoins actuels de la régulation. Il faut donc mener en parallèle transformation du dispositif de régulation, investissement massif dans les connaissances, mobilisation des possibles gains d'efficacité dans la production de ces connaissances, facilitation de l'accès aux données. Pendant la période de montée en charge de ces outils, on pourra s'appuyer sur les nombreux travaux étrangers, par exemple sur les évaluations du rendement des actions de promotion de la santé, en termes de bien-être et financiers¹⁵.

Dans un secteur de plus de 200 Md€, les analyses et recherches sont en effet sous-développées par rapport aux pays comparables¹⁶. Il est important que la politique de santé soit définie à partir d'indicateurs précis et de résultats concrets tant en termes d'efficacité des mesures prises que d'état des lieux des sujets à améliorer. Or, de nombreuses informations ne sont pas collectées ou produites ; on manque également, par rapport aux pays comparables, de pôles universitaires d'importance permettant de participer significativement aux débats publics.

De nombreux domaines doivent être instruits en routine, notamment :

- Analyse des déterminants des dépenses de santé, modélisation, projections, sur la base d'études rétrospectives (par exemple, impact sur l'incidence des cancers du poumon des mesures relatives à la consommation de tabac)
- Analyse de l'efficacité des structures, des organisations de soins, des prises en charge (impact du virage ambulatoire, gains de productivité...)
- Analyse des comportements vis-à-vis de la santé, des soins
- Analyse des parcours de soins et des écarts observés par rapport aux recommandations (en termes d'orientation, de qualité, de pertinence, de délais...), des dépenses évitables

Ces éléments sont nécessaires pour toutes les étapes et composantes du dispositif de régulation (élaboration puis mise en œuvre de la programmation pluriannuelle).

Proposition 6 : développer les outils d'observation, les analyses rétrospectives et prospectives et la recherche pluridisciplinaire (économie, management, sociologie ...) sur les services de santé et les systèmes de santé, notamment l'évaluation médico-économique ; construire un véritable dispositif de veille prospective portant non seulement sur les innovations en matière de produits de santé, technologiques et organisationnelles, mais aussi sur les évolutions épidémiologiques et sociologiques touchant aux attentes de la population et aux formes nouvelles de la demande de soins, par exemple en lien avec les outils numériques. La prospective sur les ressources humaines évoquée précédemment est également essentielle.

Proposition 7 : Promouvoir l'Observatoire de la santé de proximité, intégrant les motifs de recours et permettant de mener des études sur le recours et l'organisation des soins.

Compte tenu de l'ampleur de ce projet d'Observatoire, il conviendra de prévoir des étapes de montée en charge et d'intégration des différentes spécialités et professions.

¹⁵ *Assessing Cost Effectiveness in Prevention Study* <https://public-health.uq.edu.au/research/centres/past-centres/assessing-cost-effectiveness-ace-prevention-study> ; D. Chokshi et al, *The Cost-Effectiveness of Environmental Approaches to Disease Prevention*, NEJM 2012 ; OCDE, *Improving Lifestyles, Tackling Obesity: The Health and Economic Impact of Prevention Strategies*, 2009 ; J. Cohen et al., *Does Preventive Care Save Money? Health Economics and the Presidential Candidates*, NEJM 2008 ; T. Farley, *When Is It Ethical to Withhold Prevention?* NEJM 2016

¹⁶ *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'Assurance Maladie 2018*



Les données collectées par l'Observatoire permettront par exemple d'analyser la fréquence des recours pour une pathologie donnée. Couplées à d'autres données, elles permettront de mettre en relation types de prises en charge, d'organisation et coûts, et d'étayer les projets d'organisation territoriale, par exemple *via* une analyse des surcoûts des soins de proximité assurés par des établissements de santé (en particulier les urgences) faute d'offre disponible en ville.

Concernant plus particulièrement l'ONDAM, au-delà de sa décomposition sous forme de tendanciel et d'économies, en grande partie conventionnelle et qui conduit à présenter une hausse de l'enveloppe (de 4 à 5 Md€ chaque année, hors dépenses pour la crise sanitaire) comme une conséquence d'économies à réaliser, le HCAAM recommande :

Proposition 8 : adopter une présentation de l'ONDAM montrant en quoi ces ressources contribuent à la politique de santé pluriannuelle et à l'amélioration de l'état de santé. Cette présentation alternative nécessite d'importants travaux techniques.

Proposition 9 : compléter la présentation de l'ONDAM par la publication, à titre informatif, en annexe du PLFSS ou dans le cadre d'autres débats (parlementaires, instances de la démocratie sociale et sanitaire), **de données sur des champs différents**, par exemple les comptes des établissements de santé et notamment leurs déficits ; **avec des découpages différents**, par exemple l'agrégat des produits de santé remboursés par l'assurance maladie.

Cet enjeu d'information est à distinguer des enjeux :

- de champ de l'ONDAM : les déficits des établissements, qui ne constituent pas des dépenses de la sécurité sociale, ne sont donc pas comptabilisés dans l'ONDAM (cf. encadré ; ils sont en revanche bien consolidés dans le solde public). Ils sont présentés comme un point de fuite de la régulation. Les intégrer dans l'ONDAM nécessiterait de modifier les dispositions organiques relatives au champ des LFSS. Le HCAAM propose de poursuivre ultérieurement la réflexion sur ce point et de maintenir dans l'immédiat ce champ inchangé mais de compléter l'information en annexe des LFSS sur les comptes des hôpitaux¹⁷.
- de découpage de l'ONDAM : améliorer l'information sur ses sous-composantes n'implique pas d'en faire autant de sous-objectifs votés par le Parlement, ce qui conduirait à un découpage sectoriel toujours plus fin de l'ONDAM. Concernant par exemple les produits de santé pris en charge par l'assurance maladie (à l'exception de ceux inclus dans les groupes homogènes de séjours (GHS), qu'il n'est pas possible d'isoler) leur évolution moyenne sur 2014-2019 (1,8% par an) est plus faible que celle des soins de ville hors produits de santé (3,2% contre 2,5% lorsque ces dépenses sont incluses), et comparable à celle des établissements de santé hors liste en sus (1,7% contre 1,9% avec la liste en sus). Une annexe informative du PLFSS répondrait au besoin légitime de transparence.

Une partie de ces travaux est très technique, mais il convient de les mettre à disposition dans un format accessible aux non spécialistes, pour éclairer le débat public. Un organisme doit être chargé de la programmation et de la synthèse de ces informations pour préparer la concertation relative à la programmation pluriannuelle.

¹⁷ Compte rétrospectif et prévisionnel (effectifs et rémunérations, ensemble des recettes et pas seulement celles de l'assurance maladie, solde, investissement)

b. Le HCAAM proposera en 2021 une méthode concrète d'élaboration de cette programmation

Plusieurs voies sont envisageables pour élaborer cette programmation.

Proposition 10 : Le HCAAM proposera une méthode dans son prochain avis sur la régulation, décrivant notamment le contenu possible du document unique de programmation quinquennale, les modalités de participation des échelons nationaux et territoriaux, les analyses rétrospectives et prospectives sur lesquelles il pourrait s'appuyer, dans l'immédiat et une fois que ces outils seront montés en charge. En effet, il s'agit aussi de défendre et améliorer la spécificité de notre modèle social, donc d'assurer une place et une importance particulière à la démocratie sociale et sanitaire, en articulation avec la démocratie politique.

Il est possible de s'inspirer des livres blancs sur la défense et la sécurité nationale qui ont précédé les trois dernières lois de programmation militaire, ou du *Long Term Plan* du *National Health Service (NHS)*¹⁸ qui définit la trajectoire du système de santé anglais (priorités de santé, organisation) associée à la trajectoire financière puis est décliné par thématiques (ressources humaines, investissement...) et localement. L'exemple anglais dans lequel un rapport du NHS, fruit d'une très large concertation, constitue le support de la programmation pluriannuelle montre qu'une loi de programmation en santé n'est pas indispensable. Elle pourrait toutefois se justifier par l'ampleur des transformations à mener et, corrélativement, l'exigence d'un débat démocratique¹⁹. En revanche, compte tenu du temps long nécessaire pour mettre en œuvre ces transformations, et pour que les politiques de prévention, d'innovation etc. portent leurs fruits, contraindre le législateur à prendre à intervalles rapprochés une telle loi pourrait s'avérer contre-productif.

¹⁸ PL Bras, Politique de santé : plan anglais et stratégie française, « Focus », *Les Tribunes de la santé*, 2019

¹⁹ L'article 34 de la Constitution dispose que les lois de programmation « déterminent les objectifs de l'action de l'État ». La politique de santé relève de l'État (article L. 1411-1 du code de la santé publique) mais l'essentiel de ses ressources de l'assurance-maladie ; une loi de programmation en santé nécessiterait de modifier la loi organique du 17 décembre 2012 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques. Par ailleurs, à cadre constitutionnel constant, on ne peut contraindre la marge de manœuvre du législateur à l'occasion de chaque LFSS annuelle (décision n° 2012-653 DC du 9 août 2012 du Conseil constitutionnel).



2. La mise en œuvre de la programmation pluriannuelle

La transformation de la régulation du système de santé concerne la programmation pluriannuelle mais aussi sa mise en œuvre et son suivi annuels.

2.1. Une déclinaison annuelle mobilisant la démocratie politique, sociale et sanitaire

Contrairement au pilotage de la contrainte budgétaire, celui des objectifs de santé et de transformation de l'offre de soins ne s'est pas renforcé. D'après le rapport du HCFiPS publié en 2019, les LFSS « se sont imposées très rapidement après leur création en 1996 comme la clé de voûte du pilotage financier de la sécurité sociale ». Malgré plusieurs tentatives, on ne dispose pas de texte équivalent pour les objectifs extra-financiers, ni d'outils de mise en œuvre et de suivi équivalents aux procédures d'alerte et de correction infra-annuelles, au plan ONDAM... Le rapport Briet de 2010, qui a constitué un tournant dans la capacité à respecter l'ONDAM, n'a jamais eu son pendant pour les dimensions extra-financières. Les objectifs de santé et économiques sont certes moins faciles à piloter, notamment car leur quantification est moins immédiate que celle de la contrainte budgétaire : ces objectifs multidimensionnels ne sont pas synthétisables via un unique indicateur agrégé rapidement disponible, tel que le niveau de dépenses. L'espérance de vie constitue un indicateur agrégé mais il résulte des conditions des décennies passées.

Il convient cependant d'équilibrer le dispositif de régulation en renforçant les outils de mise en œuvre et de suivi des objectifs extra-financiers de la programmation pluriannuelle. Même élargi, le temps d'examen du PLFSS demeurera trop contraint pour qu'un débat substantiel sur l'atteinte des objectifs de santé et économiques puisse avoir lieu.

Proposition 11 : Le débat annuel sur la réalisation de la stratégie de santé (objectifs de santé, économiques et organisationnels) définie dans la programmation pluriannuelle devrait associer les instances de la démocratie politique, sociale et sanitaire et avoir lieu au premier semestre. Il convient notamment de donner une plus grande envergure au printemps de l'évaluation que l'Assemblée nationale a amorcé ces dernières années. Le débat sur la réalisation de la stratégie précéderait ainsi celui sur les financements et les éventuelles mesures de régulation associées (en cohérence avec les objectifs et la trajectoire financière pluriannuelle), qui aurait toujours lieu, pour ce qui concerne l'ONDAM, au 2e semestre lors de la discussion du PLFSS. Ces débats du 1er et 2e semestre devraient s'appuyer sur des évaluations des résultats obtenus (avec des indicateurs relatifs à des objectifs) et notamment un bilan détaillé de la mise en œuvre et de l'impact financier des mesures de la précédente LFSS²⁰, ainsi que des négociations conventionnelles ; ils se traduiraient par l'expression d'avis motivés sur la mise en œuvre de la stratégie.

Afin d'alimenter ces travaux, tant sur la stratégie que sur le financement, les rapports Charges et produits votés par les conseils de la CNAM et de la MSA pourraient être publiés dès la mi-mai. Les travaux des missions parlementaires de contrôle et d'information seraient aussi mobilisés.

²⁰ des outils doivent permettre de faire un lien très opérationnel entre les objectifs extra-financiers et les moyens humains, matériels et financiers, donc entre les discussions du 1er et du 2e semestre



Cette proposition rejoint les recommandations du rapport du HCFiPS sur les LFSS d'une remise des rapports Charges et produits dans un calendrier compatible avec l'élaboration du PLFSS et de « dédier, au printemps, un temps parlementaire à l'évaluation des politiques de sécurité sociale ».

2.2. Une provision pluriannuelle pour faire face aux aléas

Compte tenu de l'incertitude qui entoure la programmation des services à rendre et des moyens pour y répondre, exiger de respecter strictement chaque année le montant prévu de dépenses peut conduire, en cas d'aléa non anticipé, à sacrifier des objectifs de santé ou d'organisation des soins, sans que ceci fasse l'objet d'un arbitrage explicite, et alors que cet aléa pourrait être compensé par un choc favorable les années suivantes. Les mécanismes actuels de mise en réserve prudentielle ne satisfont pas bien l'objectif de souplesse dans la gestion des aléas annuels.

Pour se substituer à ce système, un autre mécanisme est proposé :

Proposition 12 : Instaurer une provision prudentielle pluriannuelle transversale à tous les secteurs. La trajectoire financière votée serait constituée, sur une période quinquennale par exemple, des montants annuels plus un montant de provision non affectée. Cette provision constituerait une autorisation de dépassement temporaire par rapport à la trajectoire définie par les niveaux d'ONDAM, dont l'utilisation déclencherait des mesures correctives. Il s'agit de réduire la régulation infra-annuelle mais de renforcer en contrepartie la régulation pluriannuelle des dépenses. L'objectif de cette provision est de répondre aux aléas d'ampleur habituelle (et non à une crise exceptionnelle comme la Covid) : chocs et évolutions épidémiologiques, d'innovation... non anticipables ou mal anticipés. Son bon fonctionnement suppose de se doter d'outils prospectifs pour améliorer les anticipations et de fixer des niveaux d'ONDAM compatibles avec les objectifs de santé, économiques et organisationnels.

Cette provision a vocation à ne pas être dépensée si les mesures de régulation pluriannuelles (promotion des organisations efficaces, de la pertinence) sont efficaces. Si une année donnée, la réalisation dépasse la prévision d'ONDAM hors provision, nécessitant un prélèvement partiel de la provision, il s'agit d'en analyser les causes afin de prendre, le cas échéant, des mesures de régulation corrigeant la trajectoire afin que ce dépassement ne se reproduise pas les années restantes :

- s'il s'agit d'un événement épidémiologique imprévisible, la provision sert à amortir le choc induit sur les dépenses, c'est l'objet principal de sa mise en place. Il n'y a dans ce cas pas de mesure de régulation complémentaire à prendre
- s'il s'agit de l'arrivée d'une innovation non anticipée produisant un choc ponctuel sur les dépenses, des mesures spécifiques sont à prendre, la réflexion devant inclure les éventuelles économies induites à moyen terme par cette innovation
- s'il s'agit d'une augmentation inattendue d'un poste de dépenses, comme les transports, les soins de rééducation, ou tout autre poste, si cette augmentation ne peut être reliée à un événement épidémiologique particulier, des mesures de régulation spécifiques doivent porter sur les secteurs en cause : baisses de tarifs ou de dotations, mesures de contrôle des volumes...



Au total, les grands principes de fonctionnement de cette provision, dont les règles de fonctionnement seront précisées ultérieurement, seraient :

- Pas de reprise automatique d'un dépassement observé une année donnée
- Une utilisation d'une partie de la provision peut ne pas s'accompagner de mesures correctrices si existe une justification épidémiologique
- Dans les autres cas, des mesures de régulation sectorielles sont à prendre pour éviter que le dépassement ne se reproduise les années suivantes, au regard des évolutions constatées par poste
- Pas de « droit » à utiliser toute la provision ; la part de provision non dépensée à l'issue des 5 ans pourra être mobilisée pour reconstituer une provision pour la période pluriannuelle suivante.

L'exécution annuelle stricte de l'ONDAM ne constituerait ainsi plus un objectif prioritaire et le mécanisme des gels prudentiels en établissement de santé en début d'année serait supprimé. Cela permettrait en outre de construire la campagne tarifaire hospitalière au moment du dépôt du PLFSS en octobre, pour une prise en compte dans les *états prévisionnels des recettes et des dépenses* (EPRD), et non plus au 1^{er} trimestre suivant.

Une sous-exécution par rapport à la trajectoire doit faire l'objet des mêmes analyses que celles réalisées en cas de dépassement et, en fonction de ces analyses, d'éventuelles mesures de correction.

2.3. Utiliser à bon escient les outils tarifaires

Un système de tarification peut jouer plusieurs rôles :

- Définir un prix en l'absence de mécanisme classique de marché. Ce prix ne doit pas être trop bas, pour que le service se développe, mais ne doit pas non plus induire de rentes
- Inciter aux bonnes pratiques, aux politiques d'organisation des soins et services aux patients
- Constituer un outil de la régulation budgétaire dans le cadre d'accords prix-volume

Ces différents objectifs peuvent entrer en contradiction. Par ailleurs, il a été montré que les incitations tarifaires manquent souvent leur objectif, soit parce qu'elles sont trop modestes ou pas suffisamment perçues par celui qui a la main sur le volume (ex : médecin à l'hôpital), soit parce qu'elles ne s'intègrent pas dans une politique cohérente maniant les différents outils disponibles dans le même sens (cas de la dialyse à domicile par exemple). Le dispositif de régulation proposé dans cet avis cherche à rompre le cercle vicieux : dépassement d'enveloppe (ou anticipation de dépassement) / baisse de tarifs et impossibilité d'investir dans les domaines demandant une restructuration / maintien ou accroissement des volumes par les offreurs de soins pour y faire face / dépassement. Les mécanismes de rabot, d'ajustement automatique de certaines dépenses et de certains tarifs sont séduisants en termes de stabilisation financière, mais ils compromettent l'efficacité de l'action publique à moyen-terme, le manque de visibilité favorisant l'attentisme et décourageant l'investissement de toute nature.

Le dispositif de régulation proposé privilégie une action directe et médicalisée sur les volumes de soins et de prescriptions, sur la base des recommandations de bonnes pratiques, d'une organisation efficiente des parcours, dans une démarche transversale (ville / établissements de santé / secteur médico-social), adaptée à chaque territoire. Les tarifs doivent viser une allocation des ressources entre les acteurs équitable et transparente.

Proposition 13 : Le HCAAM recommande :

- l'évolution des tarifs doit accompagner les décisions de stratégie et d'organisation (pratiques en équipes pluriprofessionnelles, suivi au long cours des patients...) ²¹, et avant tout ne pas constituer de contre-incitatif aux orientations des politiques de santé (mais on ne peut pas compter sur l'outil tarifaire seul pour faire évoluer les pratiques et les organisations)
- des échelles tarifaires en cohérence avec les échelles de coûts ²² et l'accélération de la révision des nomenclatures en ville et en établissement en lien avec la création du Haut conseil des nomenclatures, ce qui nécessite de renforcer la connaissance des coûts et de leur évolution
- une fixation des tarifs et des prix sur un horizon pluriannuel doit aller de pair avec la régulation pluriannuelle de l'ONDAM, afin de fournir aux acteurs la visibilité et le temps nécessaires pour réorienter éventuellement l'utilisation des ressources ; l'utilisation des tarifs comme outils ex-post de gestion budgétaire doit devenir exceptionnelle
- revoir les modes de rémunérations avec des modèles mixtes et des financements incitatifs, certains pouvant être partagés entre les acteurs des territoires, dans le cadre d'un projet territorial de santé

La réflexion sur les mécanismes tarifaires doit inclure la question des modalités de rémunération des acteurs et de la place du paiement à l'acte ou à l'activité. Partant du constat que chaque mode de financement a ses avantages et ses inconvénients et que la plupart des pays tendent vers la mixité des financements, la *task-force* pour la réforme du financement avait proposé une cible où la part de la rémunération à l'acte ou à l'activité serait réduite, en faveur de rémunérations plus forfaitaires et de paiements en fonction de l'atteinte d'objectifs de qualité et de pertinence des soins (comme la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) en ville et l'Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ) et le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins (CAQES) dans les établissements). Certaines de ces évolutions sont expérimentées dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018.

²¹ Le HCAAM a proposé dans l'avis sur la prévention de l'obésité (*op cit*) un financement distinct des modules de prise en charge (évaluation initiale, forfait annuel du référent, éducation thérapeutique, suivi psychologique, activité physique adaptée...), d'intensité variable en fonction du patient « compte tenu des difficultés importantes et des effets pervers potentiels d'une forfaitisation complète en fonction du niveau de risque pour une prise en charge sur une certaine durée (...) D'une part, il est difficile de déterminer un tel forfait : les situations de chaque patient sont différentes, il n'y a pas de « parcours types » ; et même s'il est théoriquement possible de définir quelques classes de forfait en fonction de la sévérité et de l'intensité de l'accompagnement (...), on ne dispose pas de tous les critères pour déterminer a priori dans quelle classe un patient donné serait orienté (en particulier les critères socioéconomiques, le niveau d'éducation, etc.). De plus, toute forfaitisation soulève la question du calibrage assurant que les besoins de chaque patient sont bien couverts. Enfin, dans un système où l'ensemble des acteurs ne sont pas intégrés se pose la question du partage du forfait. »

²² La grille tarifaire dans le secteur Médecine Chirurgie Obstétrique ne respecte pas bien la hiérarchie des coûts.

2.4. Adopter un mode de pilotage transversal sur certains objectifs

Il convient d'accompagner la transformation de l'organisation des soins prévue par la programmation pluriannuelle, en promouvant les organisations efficaces et la structuration des soins de proximité, la gradation des soins et les restructurations (en particulier des plateaux techniques chirurgicaux), en agissant sur la pertinence et l'adéquation des actes²³, des prescriptions et des parcours (en mobilisant notamment les outils numériques)... ceci en s'appuyant sur les collectifs d'acteurs existants, dans le cadre d'un principe de responsabilité populationnelle.

Dans ce cadre général, il serait utile, dans certains domaines²⁴, de mettre en place un pilotage médicalisé transversal afin de gérer dans leur ensemble, dans une logique de parcours, les activités, moyens et dépenses liés à ce champ, en s'appuyant sur une analyse prospective. Ce qui revient à décliner la trajectoire prévue par la programmation dans un scénario pluriannuel d'évolution des activités, ressources humaines, matérielles et financières, servant de cible pour les offreurs de soins et les patients, intégrant l'innovation, permettant de cibler les actions d'efficacité en fonction des recommandations sur les pratiques et les parcours, i.e. selon une approche médicalisée. La trajectoire financière associée serait indicative (il ne s'agit pas de créer des enveloppes dédiées ni de modifier les modes de rémunération des acteurs) et cohérente avec la trajectoire financière globale de la programmation stratégique.

Une structure de pilotage ad hoc serait chargée d'orchestrer la mise en oeuvre de la stratégie pluriannuelle par les institutions en charge des aspects opérationnels. Cette équipe mise en place pour une durée limitée, à titre exceptionnel, aurait vocation à accélérer des décisions, des structurations, et à débloquer certaines situations que le fonctionnement administratif fragmenté (entre administrations, entre actions relatives à des problèmes de santé différents) n'arrive pas à résoudre (par exemple : accès aux actes de biologie innovants, aux soins de santé mentale adéquats, développement de la transplantation rénale, réduction des délais de prise en charge pour un cancer...). Cette équipe de pilotage resserrée rendrait compte au ministre en charge de la santé et travaillerait de manière transversale avec toutes les institutions (bénéficiant notamment de leurs moyens support). Selon les segments de l'offre et les pathologies, elle peut être située au sein de l'organisme en première ligne sur le sujet.

Proposition 14 : mettre en place un mode de pilotage transversal dans certains domaines, tels que l'insuffisance rénale chronique, la cancérologie, la santé mentale, le diabète..., accompagnant la déclinaison opérationnelle des objectifs médicaux, organisationnels, d'efficacité, déclinés dans les territoires par les acteurs de terrain.

²³ R. Cash et J de Kervasdoué, *La coûteuse inégalité des soins*, 2018

²⁴ secteurs et pathologies dont les paramètres sont bien « maîtrisés » : possibilité de circonscrire précisément les patients concernés (nombre et typologie), les professionnels et structures impliqués, les dépenses associées et leurs facteurs d'évolution (prix, démographie, épidémiologie, pratiques médicales, types et lieux de prise en charge, innovations), existence de recommandations.

2.5. Pour la santé publique, une gestion par projet interministérielle, des financements sanctuarisés et une extension du panier de soins

Proposition 15 : La santé publique dans la globalité de ses composantes pourrait faire l'objet d'une gestion par projet, au niveau interministériel compte tenu de l'importance des déterminants de santé extérieurs aux soins et des enjeux de sécurité sanitaire. Les dépenses de santé publique aujourd'hui incluses dans l'ONDAM le resteraient, mais devraient bénéficier, dans le cadre d'une trajectoire financière prédéfinie, d'une quasi-garantie de financement et ne pas être soumises à des baisses de tarifs ou de dotations en raison de la régulation macro-économique, comme recommandé par la Cour des comptes²⁵.

Il ne s'agit pas de cloisonner prévention et soins, alors que l'approche en termes de prévention primaire, secondaire et tertiaire²⁶ invite au contraire à considérer la prévention dans un continuum avec les soins curatifs, impliquant l'ensemble des acteurs plutôt qu'une partie bien spécifique de l'activité d'une catégorie elle-même bien spécifique d'acteurs. Mais il s'agit de tirer les conséquences de la dimension multidimensionnelle et interministérielle de la promotion de la santé et de la sécurité sanitaire. La sécurité sociale ne finance qu'une partie (16%) des 6,2 Md€ consacrés en 2018 à la prévention institutionnelle²⁷, le reste se répartissant entre État et collectivités locales (57%, dont 81% de la prévention collective) et secteur privé (27%), conformément au choix fait en 1945 de confier à l'État et aux collectivités locales l'action en amont des soins et au système de santé les soins pris en charge par l'assurance maladie, centrés sur les épisodes pathologiques²⁸. Cette gestion par projet interministérielle permettrait un pilotage global et cohérent des actions de prévention et de promotion de la santé²⁹ et clarifierait les responsabilités opérationnelles et financières³⁰.

La crise de la Covid a illustré l'intérêt d'une telle approche, pour les actions de sécurité sanitaire (stocks d'équipements de protection individuelle ou nombre de places en réanimation par exemple) et leur articulation avec la santé publique dans la globalité de ses composantes (la prévention des pathologies chroniques, qui constituent un facteur de risque de forme grave de Covid, a un intérêt en soi, mais également pour la préparation de telles crises). Cette gestion par projet pourrait capitaliser sur les structures interministérielles créées depuis quelques années : Comité Interministériel pour la Santé (CIS), Plan National de Santé Publique (PNSP)³¹.

²⁵ Cour des Comptes, *L'avenir de l'assurance maladie*, 2017

²⁶ L'Organisation mondiale de la santé (OMS) distingue les actions visant à éviter l'apparition d'une maladie (prévention primaire), celles visant à ralentir la progression d'une maladie ou à en obtenir la guérison (prévention secondaire) et celles visant à ralentir la progression des séquelles (prévention tertiaire)

²⁷ La prévention institutionnelle regroupe la vaccination, le dépistage organisé des cancers, les soins bucco-dentaires gratuits pour les mineurs, les campagnes d'information et d'éducation à la santé, le sport sur ordonnance, la veille sanitaire et la préparation des crises... Une large partie de la prévention institutionnelle financée par l'assurance maladie est intégrée au sein de l'ONDAM, mais éclatée entre ses sous-objectifs : FIR ; autres prises en charge (actions nationales et financement des opérateurs) ; soins de ville et établissements de santé (certaines actions de vaccination ou de dépistage).

²⁸ L'assistance sociale, notamment départementale, étant chargée de l'aval des soins (handicap et dépendance)

²⁹ Dont le champ serait en partie conventionnel, puisque la promotion de la santé est potentiellement extrêmement large, incluant la préservation de l'environnement, l'amélioration du cadre de vie...

³⁰ Le HCFIPS pointe dans sa note d'étape sur les finances sociales post Covid l'instabilité du financement des politiques de santé publique, avec la suppression en 2017 de toute dotation de l'assurance maladie à Santé publique France, puis en 2020 le transfert intégral du financement de cette agence à l'assurance maladie

³¹ Ainsi que sur l'Annexe au Projet de loi de finances pour 2021 *Prévention et promotion de la santé*



Le HCAAM poursuivra ses travaux pour préciser le périmètre et les mécanismes des financements sanctuarisés de la santé publique, ainsi que leurs coûts et implications pour les autres dépenses sous ONDAM.

Concernant plus spécifiquement la prévention financée par l'assurance maladie, le HCAAM a recommandé dans son avis de 2018 sur la prévention de privilégier la prévention intégrée en routine aux soins.

Proposition 16 : Le HCAAM réitère sa recommandation d'intégrer des dépenses de prévention en ambulatoire (éducation thérapeutique, psychologues, nutritionnistes...) dans le panier de soins, à condition qu'elles s'inscrivent dans des protocoles issus de référentiels, mis en œuvre par des organisations dont la qualité est contrôlée.

Le champ de la prévention financée et identifiée dans les systèmes d'information (et donc identifiable dans l'ONDAM) serait alors élargi, au-delà de la prévention institutionnelle, alors qu'aujourd'hui la prévention intégrée en routine aux soins n'est pas identifiée en tant que telle dans les systèmes d'information. En contrepartie d'autres dépenses notamment hospitalières seraient réduites. Le périmètre et le coût de la mesure devraient être précisés, ainsi que le partage des dépenses entre assurances maladie obligatoire et complémentaire (le HCAAM proposera prochainement des scénarios sur ce sujet), collectivités territoriales et patients eux-mêmes, en tenant compte de la situation sociale de ces derniers.

2.6. Un cadre de régulation permettant les investissements nécessaires

L'investissement de l'ensemble des offreurs de soins, en ville ou en établissement pourrait, comme les autres dépenses d'avenir, faire l'objet d'une régulation spécifique, tout en restant dans l'ONDAM. Dans les établissements publics de santé, l'investissement a constitué la variable d'ajustement aux contraintes budgétaires de la décennie passée, bien plus que le déficit hospitalier ; après 10 ans de déclin³², il est aujourd'hui insuffisant et a bénéficié de financements additionnels dans le cadre du Ségur. Caractériser un nouveau cadre de régulation demande une instruction approfondie que le HCAAM mènera en 2021, en mobilisant des études sur les enseignements des expériences étrangères, de la théorie économique et d'autres secteurs, afin de déterminer s'il faut distinguer investissements immobiliers, organisationnels, équipements, numérique, lourds ou courants ; comment préserver le financement de l'investissement sans le couper du financement du fonctionnement, pour maintenir le lien avec l'activité projetée et la capacité d'autofinancement, tout en évaluant mieux l'impact des investissements immobiliers sur la capacité budgétaire des établissements ; renforcer les financements des projets coordonnant les parcours, les complémentarités entre les acteurs et la gradation des soins sur les territoires. Si plus d'informations doivent être fournies en annexe du PLFSS, créer un sous-objectif investissement de l'ONDAM aurait l'inconvénient de ne porter que sur l'investissement financé par des enveloppes budgétaires nationales et d'exclure une partie importante de l'investissement, financée par les tarifs.

³² Le taux d'investissement des établissements publics (respectivement des cliniques privées) est passé de 10,1% (respectivement 6,1%) en 2009 à 4,6% (respectivement 4,2%) en 2018 ; celui des ESPIC est passé de 7,9% en 2012 à 5,6% en 2018 (DREES, Les établissements de santé – édition 2020). La dégradation de la situation financière des établissements est également liée à la hausse des intérêts de la dette, à laquelle des investissements passés, notamment lors des grands plans nationaux de 2007 et 2012, ont pu contribuer. PL Bras indique : « Si le taux d'investissement des années 2010-2011 était certes particulièrement élevé et ne peut servir de référence, un taux de 5,2% peut apparaître comme clairement insuffisant et faire craindre une dégradation de l'outil de production des soins. » (*Comment le Covid transforme le débat sur les dépenses de santé*, mars 2021)

Proposition 17 : Le HCAAM poursuivra sa réflexion sur un cadre de régulation permettant les investissements nécessaires, accompagné d'un dispositif d'évaluation renforcé.

2.7. Améliorer le découpage de l'ONDAM

Le découpage en sous-enveloppes de l'ONDAM fait l'objet de critiques récurrentes : il ne facilite pas un pilotage transversal, il est en partie conventionnel. En fait ce découpage ne fait que refléter l'organisation en silos de la régulation du système de santé. Le HCAAM réitère sa proposition d'un schéma cible de moyen terme, accompagnant une évolution de la gouvernance, visant à découper l'ONDAM en fonction de la destination des soins et non plus des producteurs de soins (cette dernière logique conduisant à un découpage sectoriel toujours plus fin de l'ONDAM). L'un des avantages est de supprimer les cloisonnements dans la rémunération et de permettre des réallocations génératrices d'efficacité, dans le cadre d'une analyse des coûts par pathologies indépendamment des acteurs. Cette proposition devra être approfondie pour la rendre opérationnelle.

Proposition 18 : travailler sur l'idée d'un découpage par destination des soins : soins de premier recours (y compris les spécialités de recours de proximité)³³ / soins hospitaliers aigus / soins de réadaptation / grand âge, handicap et dépendance / coordination et missions d'intérêt général (MIG)

Conformément à l'objectif de transversalité et de rapprochement des secteurs sanitaire et médico-social le HCAAM considère, concernant la création de la 5ème branche autonomie, que le périmètre actuel de l'ONDAM doit être préservé, et que les dépenses médico-sociales doivent rester dans l'ONDAM. Sortir l'Objectif global de dépense (OGD) de l'ONDAM pourrait constituer un facteur de rigidité financière et aurait l'inconvénient d'éloigner le pilotage financier des secteurs médico-social et sanitaire, alors même que des acteurs de la santé interviennent dans les deux secteurs.

³³ *Organiser la médecine spécialisée et le second recours : une pièce essentielle de la transformation de notre système de santé*, HCAAM, 2020



3. Poursuivre la territorialisation de la politique de santé

Le HCAAM recommande de poursuivre la territorialisation de la politique de santé, dans un double mouvement de déconcentration et de décentralisation, avec deux postulats :

- Compte tenu de la diversité des problématiques locales en termes de besoins de santé, d'évolution de la population et d'offre de soins, il est souhaitable de donner davantage de marges de manœuvre aux acteurs territoriaux. Il n'y a pas lieu d'opposer à cet égard les Agences régionales de santé (ARS) et les collectivités territoriales : il est dans l'intérêt de ces dernières d'avoir comme interlocuteurs des agences jouissant, dans un cadre national, d'une plus grande autonomie de décision
- Pour autant, il n'existe pas en France de revendication notable en faveur du passage à une gouvernance régionale de la politique de santé allant jusqu'à des tarifs et des taux de prélèvements différenciés, comme dans d'autres pays. Le cadre de la réflexion proposée ici est donc celui d'une politique de santé qui reste nationale, notamment en ce qui concerne les droits des assurés, les prélèvements obligatoires et le statut des acteurs du système de santé. Des expérimentations menées au niveau local devraient toutefois pouvoir essaimer au niveau national si elles font la preuve de leur efficacité.
- La crise sanitaire de la Covid a mis en relief la volonté d'un grand nombre de collectivités territoriales d'être davantage associées aux politiques de santé et la contribution opérationnelle qu'elles peuvent y apporter. Dès avant la crise, leur implication était croissante dans des domaines tels que l'accès aux soins ou la promotion de la santé.

Dans la continuité de ses précédents travaux, le HCAAM ne propose pas la création d'objectifs régionaux des dépenses d'assurance-maladie (ORDAM), proposition souvent avancée dans le débat public mais dont la portée est ambiguë. S'il s'agit seulement d'isoler au sein de l'ONDAM une sous-enveloppe régionalisée, dont la gestion relèverait des ARS, alors il n'y a pas de différence de nature avec le FIR et il vaut mieux se focaliser sur les moyens de développer ce dernier. S'il s'agit de ventiler l'ensemble de l'ONDAM en sous-objectifs régionaux, les ARS répartissant librement leur ORDAM entre établissements de santé, soins de ville et médico-social, une telle évolution impliquerait une régionalisation des mécanismes de régulation, c'est-à-dire des tarifs des établissements et des conventions conclues avec les organisations représentatives des professionnels libéraux, ce qui n'est pas conforme au cadre de la réflexion ci-dessus.

Le FIR a été créé par la LFSS pour 2012 en substitution à différents fonds spécialisés, précisément pour donner aux ARS davantage de marges de manœuvre dans l'allocation des ressources. Après une extension importante entre 2012 et 2013, son périmètre est resté stable. Plusieurs extensions sont envisageables. Le partage actuel entre les MIG relevant du FIR et celles maintenues dans le sous-objectif établissements de santé de l'ONDAM apparaît largement contingent : l'ensemble des MIG susceptibles d'une gestion régionalisée (notamment celles relatives à la coordination des parcours de soins, à la structuration de l'offre de soins, aux urgences) pourrait lui être transféré, seules demeurant dans le sous-objectif établissements de santé les MIG qui nécessitent une attribution selon un modèle national. Les Aides à la contractualisation (AC) en matière de soutien aux établissements en difficulté et d'investissement pourraient également être transférées au FIR. Dans ce nouveau périmètre, le FIR pourrait passer de 3,8 à 5 Md€.



En outre, afin de rééquilibrer la dimension principalement hospitalière de cet instrument, pourraient être régionalisées les aides à l'installation des professionnels de santé, qui relèvent aujourd'hui pour partie de règles nationales définies dans les conventions entre la CNAM et leurs représentants ; ces aides devraient être recentrées. L'attention doit également être portée sur les marges de manœuvre effectives dont disposent les ARS pour réallouer les crédits au sein du FIR (fongibilité). Selon une évaluation du secrétariat général des ministères sociaux, 87% du FIR correspond à des dépenses incompressibles ou fortement rigides. Les restrictions juridiques à la fongibilité (notamment la protection des enveloppes dédiées à la prévention et au médico-social) ne concernent pourtant que 13% des crédits. Enfin, concernant les établissements de santé, le nouveau modèle de financement des urgences et de la psychiatrie (qu'il est prévu d'appliquer aussi en médecine) prévoit également un rôle plus important pour les ARS, avec une allocation à deux étages (répartition d'une partie des financements entre régions, puis entre les établissements par les ARS).

Proposition 19 : Développer le FIR et donner aux ARS les moyens de gérer efficacement cette extension de leurs marges de manœuvre sur l'organisation des territoires et la coopération des acteurs sur chaque territoire, en leur fournissant les outils et les compétences nécessaires pour objectiver, concerter et accompagner ces politiques, dans une logique de pilotage par les objectifs et de dialogue de gestion sur les résultats, étayé par un suivi et une évaluation renforcés³⁴, et des publications annuelles avec des méthodologies stables.

De manière concomitante, **des marges significatives existent pour donner aux collectivités territoriales un rôle accru et plus cohérent** ; le HCAAM approfondira cette question dans la suite de ses travaux. Il fera également des propositions pour **donner au niveau local plus de poids aux usagers et aux autres instances de la démocratie, sociale et sanitaire**, dans la transformation du système de santé et en particulier sa dimension opérationnelle.

³⁴ cette orientation rejoint les recommandations du rapport de la Commission pour l'avenir des finances publiques : « La logique contractuelle sera privilégiée. Les contrats permettent en effet de mieux responsabiliser les gestionnaires tout en les laissant libres sur les moyens d'atteindre leurs objectifs »



Annexe : Lettre de mission du Ministre des Solidarités et de la Santé





MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Liberté
Égalité
Fraternité

Le Ministre

Paris, le

03 SEP. 2020

Madame la Présidente,

La période que nous venons de traverser et les travaux du Ségur de la santé ont montré une cristallisation des débats des acteurs du système de santé sur les limites des outils de régulation des dépenses d'assurance maladie, en particulier de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et la nécessité de rénover l'ONDAM pour l'adapter à une politique de santé pluriannuelle et de long terme.

Norme de dépenses centrale dans la régulation des finances publiques, l'ONDAM est perçu par les acteurs comme détaché des réflexions stratégiques sur l'organisation des soins et de la délibération démocratique sur les politiques de santé. Ces limites tiennent notamment à une régulation s'exprimant comme un quantum d'économies, et à la rigidité de l'outil budgétaire annuel alors que le besoin d'une régulation pluriannuelle se fait ressentir, en phase avec les évolutions structurelles du système de santé, qu'elles soient de nature épidémiologique ou relevant de l'organisation des soins. Ces limites sont connues. Les débats de la période récente ont confirmé ce diagnostic et le besoin d'engager une réflexion plus substantielle de refonte de l'ONDAM pour le faire évoluer vers un outil pluriannuel et renouveler la régulation des dépenses de santé. C'est l'objet de la mission que je souhaite vous confier, dans la poursuite des travaux d'ores et déjà engagés par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) sur la régulation du système de santé.

Vous proposerez ainsi des pistes de réformes visant à enrichir la régulation actuelle d'une approche plus structurelle, systémique, stratégique et pluriannuelle, afin de développer une politique de santé intégrant la dimension de la régulation budgétaire qu'exprime l'ONDAM, et non de faire de cette contrainte financière le centre de la réflexion. Dans ce dispositif, les différentes dimensions médicale, économique et budgétaire de la régulation doivent être articulées au sein d'une politique de transformation structurelle pluriannuelle.

Il vous appartiendra notamment d'éclairer les termes du débat concernant la détermination du taux de croissance de l'ONDAM, qui pourrait davantage s'appuyer sur les tendances épidémiologiques, la prise en compte des innovations, les évolutions nécessaires et prospectives des prises en charge et des parcours de soins, ainsi que les possibilités pratiques d'objectivation de certains segments de la dépense et du coût des facteurs (salaires, honoraires, produits de santé...). Vos préconisations devront aussi tenir compte des enjeux attachés à l'objectif structurel d'équilibre des comptes de l'assurance maladie, de même qu'à ceux liés à la sécurisation du niveau de dépenses en exécution chaque année.

La mission devra plus spécifiquement évaluer et renouveler la place et les moyens de la régulation budgétaire dans la régulation de l'ensemble du système, ville, hôpital, médico-social, produits de santé, avec un souci d'équité.

Madame Anne-Marie BROCAS
Présidente du Haut Conseil pour l'avenir
de l'Assurance maladie
Ministère des Solidarités et de la santé
14 avenue Duquesne
75007 PARIS

14 avenue Duquesne – 75350 PARIS SP 07
Téléphone : 01 40 56 60 00

Le traitement de vos données est nécessaire à la gestion de votre demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits à l'adresse ddc-rpdd-cab@social.gouv.fr ou par voie postale.
Pour en savoir plus : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>

Il sera ainsi nécessaire d'interroger l'articulation entre ces débats et le pilotage des finances publiques notamment dans leurs dimensions pluriannuelles mais qui doit s'inscrire dans le cadre européen de *reporting* semestriel.

Vous interrogerez en particulier la pertinence du découpage, du périmètre et de la temporalité de l'ONDAM, ainsi que l'équité et la pertinence de du niveau et des modalités de la régulation des dépenses d'assurance maladie entre les différents secteurs – avec notamment la question de la répartition des mécanismes de régulation infra-annuelle entre ville et établissements. Les modalités de sa construction pourront également être utilement analysées et évaluées. Le financement des investissements et leur place dans l'ONDAM ainsi que l'articulation avec le pilotage du solde des établissements de santé devront aussi être repensés.

Dans cette démarche vous veillerez à intégrer les conditions de mise en œuvre de la régulation au niveau des territoires, à identifier la manière de mieux associer les acteurs du système de santé à la discussion sur la trajectoire globale des dépenses de santé, et à proposer de nouveaux outils de transparence et d'information au service du Parlement et du débat public. *In fine*, il faudrait permettre une délibération démocratique sur les dépenses de santé pour rendre compte des choix collectifs.

Je souhaite donc que le HCAAM puisse apporter des réponses et des propositions aux questionnements qui précèdent. Je vous remercie d'associer à cette réflexion l'ensemble des parties prenantes y compris en procédant à des auditions de personnes ou représentants d'organisations n'appartenant pas au HCAAM. Vous me remettrez ces propositions d'ici le mois d'avril 2021, afin d'en nourrir le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 et, au-delà, les réformes à moyen terme des dispositifs de régulation du système de santé.

Je vous propose un appui administratif et technique indispensable à la conduite de travaux et à l'opérationnalité de vos propositions. Cet appui associant l'ensemble des administrations compétentes (DGOS, DGCS, DGS, DREES, DB et DG Trésor) ainsi que la CNAM et la MSA sera piloté conjointement par le secrétariat général du HCAAM et la direction de la sécurité sociale.

Je sais pouvoir compter sur l'engagement des membres du HCAAM et vous remercie par avance de l'attention que vous apporterez à la mise en œuvre de cette mission.

Je vous prie d'agréer, Madame la Présidente, l'expression de ma considération distinguée.

Bien amicalement

Olivier VERAN





Créé par décret du 7 octobre 2003, pérennisé par la loi du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) rassemble les acteurs du système d'assurance maladie et des personnalités qualifiées, et contribue à une meilleure connaissance des enjeux, du fonctionnement et des évolutions envisageables des politiques d'assurance maladie. Les travaux du HCAAM (rapports et avis), élaborés sur la base d'un programme de travail annuel et de saisines ministérielles, sont publics et peuvent être consultés sur le site Internet de la sécurité sociale.

Dernières publications et actualités du HCAAM
<https://www.securite-sociale.fr/hcaam>

Contact

hcaam@sante.gouv.fr - 01.40.56.56.00

Adresse postale HCAAM

14 avenue Duquesne - 75350 PARIS 07
SP

Locaux HCAAM

18 place des Cinq Martyrs du Lycée
Buffon
75696 Paris cedex 14



FRANCE STRATÉGIE