

Le financement de la production de soins

LE FINANCEMENT
DES SYSTÈMES DE SANTÉ

Dans les pays les plus riches, les dépenses de santé s'élèvent très souvent à plus de 10 % du PIB national.

Dans un tel contexte, la socialisation des dépenses de santé est inéluctable dans la mesure où les sommes en jeu dépassent largement les capacités de paiement d'un individu.

Les dépenses publiques du système de santé sont devenues si importantes que leur régulation est devenue indispensable, notamment dans le contexte actuel de crise.

Elle exige l'accomplissement d'un effort collectif de façon à mieux comprendre et mieux maîtriser notre système de santé, mais cette nouvelle gouvernance ne peut aller au-delà d'un équilibre forcément difficile à trouver visant à concilier les contraintes de soins avec les contraintes de gestion.

Par Philippe SAUVAGE *

« Nous n'attendons pas notre dîner de la générosité du boucher, du brasseur ou du boulanger, mais du soin qu'ils apportent à leurs intérêts. Nous n'en appelons pas à leur humanité mais à leur égoïsme, et nous ne leur parlons jamais de nos besoins mais de leur avantage. Personne, sauf un mendiant, ne choisit de dépendre principalement de la générosité de ses concitoyens ».
Adam Smith

QUI PAYE MES SOINS ?

Un « jeu à 3 »

En France, l'utilisation généralisée du tiers-payant et de la carte vitale masque souvent le lien entre les soins

et leur paiement, si bien que la question simple de savoir « qui paye mes soins » devient presque un piège. Bien sûr, chacun sait confusément qu'il s'agit de « l'Assurance maladie » ou « de sa mutuelle », elles-mêmes financées par une cotisation, des charges sociales ou la contribution sociale généralisée (CSG). Cependant, cette dépense n'est pas ressentie au même titre que l'achat d'une baguette de pain ou d'un café. Nous dépensons en effet moins « en direct » pour nos soins que nous ne le faisons pour payer nos consommations de tabac ou d'alcool. Dans ce domaine, la France n'est pas un cas isolé : dans toutes les économies développées, le paiement mutualisé (sous la forme d'assurances, publiques ou privées) a pris très largement le pas sur le paiement individuel.

* Directeur économique et financier, Assistance Publique Hôpitaux de Paris.



© Hardy/ALTOPRESS-ANDIA

« Dans notre relation avec notre pharmacien ou avec notre médecin, une « troisième partie » est toujours présente, notre assureur. Nous ne payons pas directement le « producteur de soins » comme nous payons notre avocat ou notre garagiste : la solidarité s'en charge ». *Remise d'une carte d'assurance maladie.*

Dans notre relation avec notre pharmacien ou avec notre médecin, une « troisième partie » est toujours présente, notre assureur. Nous ne payons pas directement le « producteur de soins » comme nous payons notre avocat ou notre garagiste : la solidarité s'en charge. Notre assureur, public ou privé, est alors confronté à toutes les difficultés classiques de son métier : l'aléa moral (étant assuré, j'ai tendance à être moins prudent), la sélection adverse (ce sont surtout ceux qui ont besoin d'assurance qui s'assurent), l'asymétrie d'information (l'assureur ne peut pas participer au « colloque singulier » qui s'instaure entre mon médecin et moi-même), etc. Ses efforts pour traiter ce risque sont, de plus, limités par de légitimes considérations sociales et éthiques, qui sont absentes du « multirisque habitation » ou de l'« assurance automobile ».

De plus, nous bénéficions de prestations au tarif régulé, ou négocié avec le producteur de soins : nous ne sommes pas partie prenante à cette discussion. Nous n'avons pourtant pas forcément les mêmes intérêts que notre assureur. Par exemple, si notre mutuelle est confiante sur le fait que nous pourrions absorber toute hausse de tarifs, elle n'a pas forcément intérêt à exercer une pression majeure à la restriction de la prise en charge de nos lunettes, d'autant plus si cette pression risque de lui faire

perdre notre clientèle. Elle tire la croissance de son chiffre d'affaires de l'accroissement de nos dépenses de santé.

L'impossible alignement des intérêts

Face à cette situation, les théories abondent, comme la nécessité du co-paiement ou le fait que l'optimum assurantiel consiste probablement à assurer en totalité la part dépassant un certain montant de dépenses, la part se situant en-deçà restant entièrement à la charge de l'assuré. Un tel système poserait ensuite le problème de la prévention, en théorie la première de nos dépenses de santé, sans compter la difficulté qu'il y aurait à offrir des « points d'assurance », sur le modèle des bonus automobile, aux patients qui s'astreindraient à manger léger ou à faire du sport. Cette difficulté est d'autant plus forte qu'individuellement, nous sommes pratiquement incapables de percevoir à leur juste valeur les bienfaits de la prévention : nous n'en percevons pas le bénéfice lorsque nous nous sentons bien. Notre tempérament nous fait toujours préférer la réparation à la prévention. La théorie économique se heurtera toujours à l'éthique ou aux limites de l'in-

novation sociale. Une certitude, cependant, la socialisation des dépenses est inéluctable dans le domaine de la santé, tout simplement parce que les sommes en jeu peuvent dépasser largement les capacités de paiement d'un individu. Tout le monde veut donc s'assurer. De plus, tout au moins en Europe, l'accès aux soins est considéré comme un élément constitutif du pacte social. Il peut s'agir de raisons égoïstes (comme la nécessité de soigner pour éviter la transmission de maladies infectieuses) ou, tout simplement, humanitaires. Même les États-Unis, réputés (à juste titre) pour avoir une approche s'écartant du consensus prévalant dans les autres pays développés, aident les pauvres (*Medicaid*) et les personnes âgées (*Medicare*) et ce, très largement au moyen d'argent public. Les dépenses de santé sont si élevées outre-Atlantique que les dépenses publiques de santé sont équivalentes à celles de la France (et ce, malgré une prise en charge moins généreuse).

Sauf à consentir un effort d'épargne considérable tout au long de la vie active, le coût de l'assurance santé dépasse largement les capacités contributives des plus démunis. Le risque santé devient certain à mesure que l'on avance en âge et les dépenses augmentent au rythme d'un doublement par tranche d'âge de dix ans. Sur un marché qui est libre, le coût de l'assurance se rapproche alors de la valeur du risque. L'assurance personnelle ne suffira pas à couvrir les besoins en l'absence de solidarité entre les jeunes et les plus âgés, entre les riches et les plus démunis. La société prise dans son ensemble assurera l'accès aux soins et le secours aux malades. Il n'existe pas de société démocratique dans laquelle le malade ne soit pas soigné, de même que, comme le soulignait le prix Nobel Amartya Sen, il n'existe pas de famine dans un pays démocratique. On ne peut que s'en réjouir.

Un enjeu incontournable en matière de régulation

Les dépenses de santé dépassent aujourd'hui très souvent les 10 % du PIB, dans les pays les plus riches. Elles représentent une part significative des dépenses publiques, lesquelles sont soumises à une forte contrainte de par la crise récente. Les dépenses d'Assurance maladie en France, en 2011, devraient être de l'ordre de 183,5 milliards d'euros (Mds€), soit une somme équivalant au montant cumulé des budgets de l'Enseignement (62 Mds€), des intérêts de la dette (47 Mds€), de la Défense (38 Mds€), de la Recherche et de l'Enseignement supérieur (25 Mds€) et du Travail et de l'Emploi (11,5 Mds€). Par ailleurs, depuis près de cinquante ans, dans pratiquement tous les pays développés, les dépenses de santé ont évolué à un rythme annuel supérieur de 1 à 1,5 % au PIB, générant une pression particulièrement forte sur les

finances publiques et devenant ainsi un enjeu économique et politique majeur. C'est aussi la démonstration que le secteur de la production de soins ne peut plus se désintéresser des dynamiques plus larges de la société.

LES MÉCANISMES D'ALLOCATION ET LEURS LIMITES

La « main visible »

Contrairement aux achats d'habillement ou de nourriture, l'allocation des dépenses de soins ne peut être simplement le résultat des décisions individuelles de chaque citoyen. La prise en charge assurantielle crée un prix qui peut être difficilement qualifié de « prix de marché ». Pour de nombreux domaines, il n'y aurait d'ailleurs pas de marché sans assurance, du fait de l'incapacité pour des individus isolés de prendre en charge des niveaux de dépense trop élevés. Nous « délégons » donc nos choix d'allocation de ressources à nos assureurs. Cette délégation doit permettre de substituer des choix collectifs à des choix individuels, qui, de fait, sont impossibles. Nous ne pouvons admettre la limitation des dépenses de santé que tant que nous n'en sommes pas nous-mêmes les victimes. La santé apparaît comme le lieu d'un miroitement constant entre une nécessaire politique collective et une prise en charge individuelle, tant il est vrai que les limites de la prise en charge nous semblent acceptables aussi longtemps qu'elles ne nous concernent pas personnellement.

En France, le processus budgétaire prévoit un vote du Parlement sur des objectifs de dépenses et leur déclinaison en tarifs, en la fixation d'objectifs spécifiques à des sous-ensembles de dépenses clairement identifiés (médecine de ville, médicaments, hôpitaux, etc.). Force est de constater que ce grand moment démocratique n'échappe pas aux difficultés habituelles : complexité technique rendant les débats inintelligibles, présence modérée des parlementaires, à l'exception peut-être des élus appartenant à des professions de santé, etc. Par ailleurs, la segmentation des sujets ne permet pas une réflexion qui dépasserait les seuls enjeux du soin pour s'interroger sur d'autres aspects, comme la prévention, l'impact de mesures non directement sanitaires sur les indicateurs d'espérance de vie (qualité de la nourriture, tabagisme, pollution, conditions de logement, etc.). Les analyses purement économiques de l'impact des mesures réglementaires sur l'espérance de vie démontrent que l'obligation du port de la ceinture de sécurité est la mesure de santé publique présentant le meilleur rapport coût/bénéfice, et nul ne doute du fait que la création de « dos d'ânes » soit une mesure d'ingénierie sociale efficace. Quant à l'installation de radars sur le bord de nos routes et à l'instauration de limitations de

vitesse, elles représentent autant de mesures qui ont probablement plus d'impact, en cumulé, sur l'espérance de vie que la prise en charge de tel ou tel nouveau traitement, à l'hôpital. L'insertion des questions de santé de façon dynamique dans nos sociétés débute à peine.

Les discussions tarifaires sont ensuite totalement distinctes en ce qui concerne le secteur hospitalier, qui est régulé par des arrêtés ministériels annuels, et le prix des médicaments, qui lui est régulé par des négociations conventionnelles menées par un organisme interministériel (le comité économique des produits de santé) avec les firmes et les professionnels de santé relevant du secteur libéral, lesquels sont placés sous le régime d'une convention négociée avec l'Assurance maladie. Elles doivent permettre, en fonction des volumes attendus de consommation des différents biens et services, de « tenir » l'objectif de dépense.

Le mode de traitement de la dépense de santé est très différent d'autres budgets publics : il se distingue notamment du budget de l'État par son caractère prévisionnel (et donc non limitatif), en fonction des droits attribués aux individus (des droits qui ne peuvent être réduits par des contraintes financières). Pour résumer, les économies réalisées en matière de santé sont constatées par rapport à un « tendancier d'augmentation des dépenses », soit une représentation économique théorique de leur dérive spontanée en l'absence de mesures correctives. Cela signifie que lorsque, chaque année, les journaux titrent sur 2 à 3 Mds€ d'économies pour l'assurance maladie, ils pourraient tout aussi bien titrer sur 3 à 4 Mds€ de dépenses supplémentaires...

Un mode de rémunération en profonde transformation

Face aux contraintes financières et à la volonté de juger de la bonne allocation des moyens, de nombreuses méthodes de prise en charge et de rémunération des producteurs de soins se sont généralisées. La plus récente est celle, à l'hôpital, de la « tarification à l'activité » (T2A). Ce système évalue le coût de chaque prestation (appendicectomie, pose de valve aortique, etc.), crée une échelle relative des coûts et attribue le financement correspondant à l'hôpital considéré, en fonction de la quantité de séjours réalisés. Plus un hôpital « produit » de soins, plus il verra ses revenus augmentés. S'il s'agit d'un progrès significatif par rapport aux modes « quasi-discretionnaires » qui prévalaient antérieurement (des modes qui tendaient à privilégier les établissements ayant le plus de relais politiques), il est évident que ce nouveau système, vieux de seulement six ans, pose encore de nombreux problèmes. D'une part, il a été construit sur la base d'une logique « *cost-plus* » à partir d'études de coûts, ce qui démontre qu'il n'y a pas eu de réelle

volonté de hiérarchiser les interventions en fonction de leur utilité sociale. D'autre part, il peine, de par son approche forcément mécanique, à tenir compte d'éléments de prise en charge plus complexes, comme des actes de réflexion clinique plutôt que chirurgicaux, la formation des étudiants, la nécessité de maintenir des capacités sous-utilisées (accès aux soins ou impossibilité de spécialiser une salle opératoire du fait de la faible demande locale de certains actes complexes, ouverture des urgences, etc.). Un système de soin durable doit en effet intégrer une dynamique propre (poursuite de la recherche et de l'innovation, formation des jeunes professionnels, maintien d'une offre de base à la population) qui ne peut se traduire simplement par des tarifs et nécessite donc l'octroi de dotations sur la base d'indicateurs et d'engagements à remplir certaines missions d'intérêt général (dotations MIGAC - Missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation). De tels « aménagements » existent dans pratiquement tous les pays ayant choisi la T2A.

La pression financière sur les producteurs, qui sont les « consommateurs » des crédits d'Assurance maladie, pousse par ailleurs à revoir régulièrement les règles de tarification, même si rien ne garantit une utilisation optimale des ressources en l'absence de toute hiérarchisation ou d'évaluation de l'impact individuel des décisions fixant les modes de prise en charge. L'exemple des urgences est, à ce titre, frappant. On y observe depuis quelques années un afflux continu et croissant de patients « légers », résultant de difficultés (réelles ou ressenties) dans l'accès à un « service de garde », de l'accélération d'une demande de prise en charge immédiate ou encore de l'absence complète de coût, pour le patient, d'un dispositif pourtant bien plus coûteux que le recours à son médecin traitant. Les exemples abondent de ces cas où une prise en charge plus coûteuse pour l'assurance maladie se révèle moins coûteuse pour le patient. Enfin, comme pour tout tarif réglementé, l'inertie y est grande. Il est toujours difficile, pour les négociateurs d'une convention, d'accepter des baisses de rémunération, ce qui rend les tarifs inertes à la baisse. La conséquence la plus visible en a été la progression forte et continue des revenus des professions où l'automatisation était la plus poussée, comme la radiologie et la biologie. Cette inertie rend par ailleurs délicate l'offre de nouvelles prestations ayant vocation à être accompagnées par un tarif initial élevé, un tarif appelé à se réduire au fur et à mesure de leur généralisation (des dispositifs comme la télémédecine pourraient devenir ruineux au fur et à mesure de leur développement). Tout le système assurantiel résiste donc à de nouvelles prises en charge, au prix de difficultés à financer des procédures innovantes. Il semble inévitable que certains tarifs élevés soient réservés à certains sites, afin de contenir les risques d'inflation liés à une offre excessive tout en s'efforçant de limiter le risque de voir se constituer des files d'attente.

A lui seul, le prix ne peut réguler l'offre de prestations

A ces difficultés classiques des économies régulées s'ajoutent les difficultés propres à l'activité médicale : asymétrie fondamentale d'information (comment contrôler la pertinence des diagnostics ?), difficultés de la mesure de la qualité ou de la performance, etc. A cela, il faut ajouter, au moins en théorie, que l'offre de soins est tout à fait capable de créer la demande, en multipliant les prescriptions ou les rendez-vous de suivi. Quel patient oserait-il opposer un refus à son médecin si celui-ci lui conseillait de « revenir le voir la semaine suivante, pour un suivi », même si ce suivi s'avérait inutile ? La répartition particulièrement déséquilibrée des kinésithérapeutes entre le Nord et le Sud de la France démontre qu'une même affection peut se voir prescrire un nombre différent de séances de rééducation en fonction de l'offre locale, sans impact visible sur les résultats médicaux. Des exemples analogues existent en matière de prescription d'examen coûteux visant à « faire tourner » une machine, ou encore en matière de nombre annuel de visites de suivi, pour une affection donnée. L'offre de soins, qui est la conséquence de l'histoire (pour les établissements de santé) ou des choix individuels des professionnels (en application du principe de la liberté d'installation) ne suit pas forcément exactement les besoins.

Il est clair qu'une régulation tarifaire inerte à la baisse ou fondée sur la logique de *cost-plus*, à laquelle s'ajoute la capacité de faire évoluer à la hausse la demande, est fortement créatrice de risques de surinvestissement et de surconsommation localisée. Comme il est très difficile de comparer les différentes méthodes permettant d'atteindre un même résultat de santé, cette surconsommation peut non seulement être localisée mais aussi laisser persister d'autres éléments de soins sous-consommés. La prévention est souvent citée comme étant « à risque ». Par ailleurs, ces particularités incontournables du système de santé signifient que la régulation tarifaire ne peut s'affranchir d'une régulation de l'offre au sens strict de ce terme. En France, les équipements les plus coûteux, de même que certaines activités médicales, sont ainsi soumis à une procédure d'autorisation préalable à leur ouverture, qu'il s'agisse de raisons sanitaires (fondées sur un volume minimal d'activité indispensable pour rester compétent), ou de raisons économiques, des raisons qui le plus souvent se cumulent. La fermeture des « petites maternités », une décision toujours difficile à prendre, n'est envisagée que lorsqu'elles réalisent moins de 300 accouchements par an, ce qui, au vu du temps de travail et des repos, conduit *de facto* à ce que les obstétriciens n'y pratiquent guère plus d'un accouchement par semaine, ce qui fragilise leurs compétences.

Il apparaît dès lors clairement que le système ne peut échapper à une forme de « confusion des genres » entre celui qui serait un pur « acheteur de prestations

de santé » et celui qui les organiserait. Tout simplement parce que l'achat sans prise en compte de l'organisation est générateur d'effets pervers nombreux, comme des inadéquations entre le prix et le coût ou entre les volumes de l'offre et les besoins réels. Pourtant, les modes de régulation de l'organisation, déléguée au niveau régional mais ne pouvant être menée sans une véritable impulsion politique au niveau central, ont donné lieu à beaucoup moins de réflexion que le concept « d'acheteur de soins » qu'a développé le secteur assurantiel, la donnée financière étant moins directe.

UN SYSTÈME DE PRODUCTION EN ADAPTATION PERMANENTE

L'impossible quête du tarif parfait

Tirailé entre ses rôles complémentaires et pourtant générateurs de certaines formes de conflits d'intérêt, par exemple entre l'efficacité économique et le maintien d'une offre locale, ou encore entre l'équilibre financier d'une caisse et celui des établissements de santé, le système de santé connaît une instabilité permanente, néfaste à la production optimale des soins. Ce véritable « mouvement brownien » fait perdre de vue des fondamentaux de réorganisation qui apparaissent comme des conséquences d'un système de régulation inadapté, alors que les limites fondamentales de la régulation devraient conduire à une approche pragmatique de quelques réformes simples.

La quête d'une plus grande adéquation entre les prestations de soins, leurs coûts et leurs tarifs a conduit à une explosion du nombre des tarifs précisés dans la classification hospitalière (leur nombre est pratiquement de 4 000, si l'on compte l'ensemble des options). De plus, l'imagination et la compétence des statisticiens ont conduit, au titre de chacune des trois dernières années (tous les 1^{er} mars), à une modification profonde de la hiérarchisation des tarifs hospitaliers. Cette instabilité dans le codage fait prospérer des cabinets de conseil spécialisés dans la facturation optimale pour l'assurance maladie, qui devient un enjeu, en valeur, souvent considérable en regard des capacités à mettre en œuvre en matière de mesures d'économie. Elle favorise aussi les établissements spécialisés, qui ont plus de facilité à adapter leur codage que les établissements généralistes qui eux doivent utiliser l'ensemble de la panoplie des actes.

Le développement d'une certification sur des résultats d'indicateurs de mortalité ou de performance médicale se poursuit, mais la complexité statistique en rend les premiers résultats tardifs, permettant, dans le même temps, à des classements journalistiques des

établissements de santé fondés sur des bases fragiles de prospérer. Au même titre que la « mauvaise monnaie chasse la bonne », la « mauvaise statistique » chasse les efforts de rationalisation des indicateurs, et nuit à la mesure réelle de la performance.

De délicats sous-jacents organisationnels

Les questions de gouvernance hospitalière ou du système de santé font l'objet d'intenses débats pour arriver à trouver « l'organisation permettant de combattre les inefficiences », alors que la gouvernance ne peut aller au-delà d'un équilibre forcément difficile à trouver entre les contraintes de soins et les contraintes de gestion. On ne peut exiger des ruptures fortes ;

Les professions restent sans doute trop cantonnées à leur rôle historique, sans fluidité entre les compétences et sans possibilités de délégation de tâches. De nombreux médecins généralistes exécutent des tâches qui pourraient sans doute être confiées à des infirmières, qui sont elles-mêmes accaparées par des tâches qui pourraient être effectuées par des aides-soignantes. La tarification à l'acte, les différences de densité territoriale et les négociations syndicales rendant toute réforme difficile, les infirmières du Nord de la France sont surchargées par des tâches qu'elles souhaiteraient déléguer, mais qui font vivre les infirmières du Sud de la France, plus nombreuses : les inégalités territoriales demeurent.

De plus, de façon relativement paradoxale, la puissance publique semble se refuser à utiliser à plein l'outil tarifaire en tant qu'instrument de prise de décision décentralisée, notamment en matière d'investissement. Une aide n'a en effet de sens que si le constat est avéré d'une relative « sous-pondération » dans la dépense en ce domaine. C'est le cas, par exemple, des aides aux économies d'énergie destinées à compenser l'absence de « vrai coût » du carbone économisé. L'idée politique d'un sous-investissement hospitalier a ainsi conduit à créer des plans d'investissement, « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 », massivement financés par le recours à l'emprunt pour les établissements de santé, parfois sans prise en considération suffisante de leur capacité de remboursement *via* leurs ressources propres. Dans un contexte où les séjours deviennent plus courts et les opérations moins invasives, ce qui limite le besoin en lits et en espace, la volonté d'investissements « fortement restructurants » et « en rupture » a amené à privilégier des projets de grande ampleur. A l'inverse, les « mise aux normes » n'ont pas été financées. Les établissements ont connu, dans le même temps, la mise en place d'une comptabilité proche de la comptabilité d'entreprise, d'un financement pratiquement exclusivement corrélé à leur activité mesurable de soins et d'une incitation à l'investissement, comme si les budgets différenciaient encore « section de fonctionnement » et « section d'in-

vestissement ». Le risque de surinvestissement s'est trouvé amplifié du fait que l'on a parié sur le développement de l'activité... A l'inverse, la rénovation des établissements a marqué le pas face à une accumulation de normes (mise en conformité des ascenseurs et des installations électriques, notamment). Certains « plans de santé publique » ont également pris la forme de financements ciblés alloués aux établissements pour réaliser certaines actions particulières, plutôt que celle d'une incitation, *via* des tarifs nouveaux et suffisamment attractifs, à développer ce type d'activité.

Si une partie de ces investissements était sans doute nécessaire, ceux-ci ne peuvent être rentabilisés rapidement, et les emprunts contractés ne peuvent être remboursés en quelques années. La pression mise aujourd'hui sur la dépense et l'inquiétude que suscitent les niveaux actuels d'endettement des établissements de santé auraient dû être appréhendées plus tôt. Comme on aurait dû s'y attendre, l'investissement a généré un endettement, qui ne peut être ralenti en quelques mois. Un hôpital public en excédent connaîtra toujours une pression forte à résorber celui-ci tant les besoins de soins ou d'appareillage peuvent toujours être considérés comme non satisfaits. Comme ces excédents ne sont pas reversés à l'Etat, et comme ils peuvent difficilement donner lieu à d'autres utilisations incitatives à la gestion, l'Etat investira ou recrutera, cela d'autant plus que les résistances restent fortes à toute fusion avec d'autres établissements, quand bien même une telle fusion permettrait à l'hôpital concerné d'élargir le spectre de ses activités.

CONCLUSION : RÉFORMER LE FINANCEMENT POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS EN MATIÈRE DE RÉDUCTION DES DÉFICITS

Les dépenses publiques du système de santé sont devenues si importantes que leur régulation est fondamentale. Après l'impulsion simplificatrice et théoriquement équitable de la tarification à l'activité dans les hôpitaux, les dérogations se sont multipliées pour pousser à l'investissement ou à la mise en œuvre de mesures non tarifées. Cette instabilité a par ailleurs éloigné les établissements de leurs fondamentaux de gestion, alors que plusieurs mesures simples de réorganisation n'ont pas été mises en œuvre. Du côté de la médecine de ville, les efforts d'organisation se poursuivent mais à un rythme lent. En fait, la longue réflexion sur le cadre théorique de la régulation semble nous avoir éloignés du cadre général de l'efficacité des organisations. Nous voyons quelques principes simples qui nous paraîtraient de nature à accélérer la réforme de la production de soins et à en limiter le coût :

- Tout d'abord, admettre que certaines contraintes du système de soins sont intangibles et qu'à ce titre, il est probablement illusoire de vouloir pousser trop loin la

réflexion sur la séparation entre les fonctions d'organisation et les fonctions de financement. Les récents exemples de régulation des implantations d'infirmières montrent bien que le sujet de l'organisation est plus que jamais d'actualité, même dans le domaine (traditionnellement moins régulé) des soins ambulatoires ;

- Ensuite, admettre qu'une tarification imparfaite, mais stable, sur plusieurs exercices, est probablement préférable, aujourd'hui, à une tarification en amélioration, mais fortement instable. La transition vers la tarification à l'activité a représenté une rupture majeure pour les établissements de santé, en les ayant fait sortir brutalement d'un financement très administratif ; elle a besoin de stabilité pour pouvoir être digérée et pour que les établissements aient une visibilité suffisante sur l'impact de leurs restructurations. Nous devons préparer nos concitoyens aux restructurations à venir des établissements de santé, lesquels ne pourront pas supporter les mesures actuelles de baisse continue des tarifs sans réduction de leur surface d'investissement ou du nombre de leurs implantations, comme

l'Allemagne a su le faire il y a quelques années. Sans cela, la contrainte des dépenses risque de se heurter au développement continu d'actes sans réelle utilité ;

- Malgré la complexité du problème, les efforts doivent se poursuivre pour limiter les écarts entre le coût ressenti par le patient et le coût réel pour le système de santé, qu'il s'agisse du recours aux urgences hospitalières ou à certains matériels complexes. Comme pour les évolutions futures de la tarification à l'activité, l'utilité collective doit être le guide en matière tarifaire. Nous avons tous, en tant que patient, un effort collectif à accomplir pour mieux comprendre et mieux maîtriser notre système de santé ;

- Enfin, admettre que la décision soit décentralisée est une nécessité pour faire évoluer le système de soins en profondeur, même si un cadrage national doit permettre de dépasser les intérêts locaux. Le système de santé se résumera toujours, et c'est tant mieux, à une rencontre entre un praticien et son patient. Les outils tarifaires et d'organisation doivent être utilisés pour permettre à chacun de se focaliser sur ses responsabilités et sur son action spécifique.