

# **Avis du HCAAM sur l'évolution des dispositifs de régulation du système de santé**

**Avis adopté le 25 juin 2020**





Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a engagé une réflexion sur la régulation du système de santé. Ce travail paraît encore plus d'actualité alors que le système de soins est mobilisé contre la COVID-19.

L'adaptation du système de soins et la mobilisation de toutes les catégories de professionnels face à l'urgence ont été remarquables, preuve, s'il en était besoin, de la compétence, de l'expertise et de l'esprit de service au public de tous les acteurs du système, quel que soit leur statut. Mais dans le même temps, la crise a exacerbé certaines faiblesses déjà identifiées de longue date, notamment en matière de défauts de coordination et de complexité de la gouvernance.

En outre, dans le secteur de la santé, les mesures de lutte contre la propagation du virus se traduisent et vont continuer de se traduire par une réduction des capacités disponibles pour d'autres pathologies et une augmentation des coûts unitaires de production. Dans ces conditions, la question de l'évolution de l'organisation du système de santé, de ses modalités de régulation et de sa gouvernance ne s'est sans doute jamais posée avant autant d'acuité. Cet avis constitue une étape dans un travail devant se poursuivre dans les prochains mois ; il dresse des pistes, pose des principes ; la suite des travaux doit les décliner sur quelques exemples. Des éléments plus détaillés sur l'état actuel de ce travail sont disponibles dans le rapport qui accompagne cet avis.

Pour améliorer les procédures de régulation et développer une vision systémique tout en préservant le principe d'un encadrement des dépenses de soins, il convient de distinguer ce qui relève d'une part, des politiques structurelles et des objectifs de santé, et d'autre part, des ajustements budgétaires annuels.

Pour ce faire, le HCAAM propose d'adopter un nouveau cadre de régulation fondé sur :

- Un traitement particulier pour certaines catégories de dépenses (prévention, prises en charge d'urgences vitales, recherche, investissements, médico-social...), qui feraient l'objet de mesures spécifiques de régulation et seraient soustraites des mesures conjoncturelles sur les prix ou les dotations ;
- Le renforcement des capacités d'analyse prospective et de veille, en tant qu'outils d'anticipation, d'aide à la décision et d'accompagnement de la régulation pluri-annuelle ;
- La gestion par projet, sur certains objectifs médicalisés (par segment de l'offre ou par pathologie), s'appuyant en particulier sur des outils d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins ;
- Une évolution de la gouvernance de la régulation. Cet avis ne traite que partiellement de ces questions de gouvernance, notamment nationales, mais s'inscrit dans le fil des réflexions précédentes du HCAAM, selon lesquelles le niveau national doit fixer les orientations stratégiques mais n'a pas à intervenir dans la gestion directe des dispositifs de régulation, dont le pilotage relève du niveau régional dont les moyens doivent être ajustés en conséquence. La mise en œuvre, les arbitrages concrets doivent se faire au niveau territorial, rompant ainsi avec un processus exclusivement descendant mais tout en veillant au respect du principe d'égalité et à la mise en œuvre de péréquations des moyens nécessaire entre territoires. Il s'agit de laisser davantage de place aux initiatives territoriales et à la vie démocratique, à la fois politique, sanitaire et sociale, dans le cadre général défini au plan national. Ceci s'accompagne d'une ardente obligation de simplification. Ces questions relatives à la gouvernance nationale, à la répartition des rôles entre les différents niveaux territoriaux, aux outils de la régulation et aux modalités d'organisation des soins (par exemple sur les dispositifs de coordination, ou de maintien à domicile des personnes âgées fragiles, etc.) ne sont pas détaillées dans cet avis, mais seront approfondies ultérieurement.



## 1. Les limites du cadre de régulation actuel

Un système cohérent de régulation du système de santé doit comporter **quatre volets principaux** :

- Régulation de la morbidité et de la mortalité prématurée évitable, en particulier via les actions de prévention, la maîtrise de l'exposition aux facteurs de risque, la promotion de la santé, selon l'optique « la santé dans toutes les politiques » ;
- Régulation de la qualité et de la pertinence des soins ;
- Régulation de l'offre de soins et de son organisation, dans une perspective dynamique ;
- Régulation des dépenses (i.e. en particulier des prix des services, produits et prestations).

Or, progressivement, depuis la création des LFSS en 1996, **le primat a été donné à la dimension budgétaire annuelle de la régulation**. Comme le souligne le rapport du Haut conseil pour le financement de la protection sociale (HCFIPS) de 2019 sur les LFSS, « *Elles mobilisent l'essentiel du temps – sauf grande loi de réforme – que consacre le Parlement à la sécurité sociale, elles rythment le travail des administrations, des cabinets ministériels, et le dialogue entre l'exécutif et le législatif.* » Des lois de réforme de l'organisation des soins sont toutefois venues s'ajouter aux LFSS en 2004, 2009, 2016 et 2019, et constituent un socle sur lequel fonder un système de régulation systémique. Mais il reste que chaque année, des « économies » (cf. ci-dessous) sont prévues au titre des thèmes suivants : efficacité de la dépense hospitalière, pertinence des pratiques médicales et des prescriptions, rémunération des produits de santé à leur juste prix et développement des génériques, accroissement du recours aux soins en ambulatoire. S'y adjoignent des baisses de tarifs, sur les médicaments, les dispositifs médicaux, les actes de radiologie et de biologie notamment. Mais cette politique sur les prix a ses limites et ses impacts ne sont pas pérennes. Elle n'infléchit pas, à elle seule, la tendance sur les volumes.

Ces politiques de maîtrise ne sont acceptables et légitimes sur le moyen terme que si elles accompagnent des objectifs de santé, en visant des améliorations dans l'état de santé de la population, l'accès aux soins ou leur qualité. Il est nécessaire pour cela d'adopter un raisonnement pluri-annuel, d'autant qu'en période de transition, au moment où il faut investir dans la structuration des soins de premier recours, il peut s'avérer nécessaire, temporairement, de prévoir des dépenses supplémentaires à ce titre. A ceci s'ajoutent bien-sûr les dépenses exceptionnelles liées à la lutte contre la COVID-19 par exemple.

**Les limites de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) se déclinent sur plusieurs plans :**

### **- Une articulation difficile avec les objectifs de santé**

La volonté de mettre en regard les objectifs de santé et les moyens votés en LFSS a jusqu'à présent échoué dans son ambition la plus forte. Le découpage actuel en sous-enveloppes est réalisé par secteur institutionnel et type de régulateur sans lien direct avec les grandes orientations de la stratégie nationale de santé, et pose des problèmes de cohérence. Et le principe de viser le respect de chaque sous-enveloppe ne facilite pas un pilotage transversal (par exemple prise en compte d'un médicament ou d'un dispositif médical qui réduit la durée ou la fréquence des hospitalisations) ; ces problèmes vont être accrus par le développement de paiements au parcours. D'autres découpages ont été proposés, sans recueillir de consensus à ce jour.



**- Une présentation qui manque de lisibilité et ne permet pas de structurer le débat autour des objectifs de santé et de transformation de l'organisation**

La régulation est construite et présentée comme une politique d'économies à réaliser débouchant chaque année sur un vaste plan d'économies, alors même que l'ONDAM s'accroît. En outre, on peut, comme dans la période récente, maîtriser assez rigoureusement l'ONDAM cependant que les dépenses de santé croissent plus vite, du fait du développement de dépenses non remboursées par l'assurance maladie (sous l'effet des dépassements, de la liberté tarifaire...) et de la croissance du déficit de certains offreurs, en particulier les hôpitaux publics. Cette démarche empêche d'organiser un débat sur le niveau et l'affectation des moyens cohérents avec les objectifs de santé qu'on s'est fixés.

Par ailleurs, une exigence plus grande de transparence vis-à-vis des parlementaires, ainsi que des acteurs du système de soins, milite pour des documents d'accompagnement du PLFSS plus précis et plus complets : hypothèses prises pour les projections des sous-enveloppes, confrontation entre les objectifs votés et les réalisations, vision transversale exhaustive sur des postes de dépenses comme les médicaments, les dispositifs médicaux...

**- Des limites dans la construction**

Chaque année, une évolution tendancielle est calculée et le différentiel entre ce tendanciel et le taux de croissance voté de l'ONDAM détermine le montant des « économies » à réaliser dans l'année par rapport au tendanciel.

Or, l'estimation du tendanciel ne repose pas sur des fondements méthodologiques très solides, notamment dans le secteur hospitalier, et de façon générale, les méthodes de calcul les plus sophistiquées laissent toujours subsister une part de conventions dans la distinction entre tendanciel et maîtrise médicalisée. En outre, la prise en compte d'éléments de prospective (ex : transferts d'activité ville / hôpital, modifications de recommandations médicales, innovations...) est insuffisante et insuffisamment documentée.

**- Une acceptabilité auprès des acteurs de moins en moins assurée**

Les pouvoirs publics ne sont pas sans argument lorsqu'ils cherchent à améliorer l'efficacité du système, devant les multiples observations de soins non pertinents et de « gaspillages ». Le problème est que coexistent des situations de gaspillage et de pénurie, et que les acteurs des soins et les patients ont le sentiment que le couvercle budgétaire représenté par l'ONDAM n'a pas d'effet visible sur les gaspillages, tout en aggravant les pénuries. Les actions contre les gaspillages sont menées de façon ponctuelle, sans effet pérenne.



## 2. Les objectifs d'un cadre de régulation renouvelé

### **Il convient préalablement d'établir des priorités de la politique de santé à articuler avec la régulation.**

Si le système de santé connaît des succès dans son rôle curatif, les domaines accessibles à la prévention, à des environnements plus favorables à la santé et à la promotion de la santé sont davantage en retrait. Ainsi, malgré le bon positionnement global de la France par rapport aux pays comparables sur les indicateurs généraux d'état de santé, certains paramètres sont défavorables notamment en termes de mortalité évitable par des actions de prévention primaire (liée à la consommation de tabac ou de doses excessives d'alcool, aux suicides... conduites sur lesquelles il convient d'agir à la fois par des actions directes et par des actions sur leurs déterminants sociaux) et contribuent largement aux inégalités sociales de santé persistantes. Toutes les actions à entreprendre ne relèvent pas du système de santé seul mais font aussi appel aux autres déterminants de santé : l'éducation, l'alimentation et l'activité physique, le logement, les transports, l'aménagement du territoire, les conditions de travail...

Ces constats dessinent des priorités implicites du système de santé (au regard en particulier de la situation française dans les comparaisons internationales) : en défaveur de la mortalité masculine prématurée (et en faveur de catégories d'âge plus élevées), en défaveur de la santé mentale, en faveur des pathologies urgentes et aiguës (le système a su réagir à l'épidémie de COVID-19 et prendre en charge les malades) et en défaveur des maladies chroniques... Ces priorités gagneraient à être explicitées et débattues. Certains domaines sont sous-investis et ce sous-investissement se constate aussi dans les axes de recherche : les recherches en santé mentale, en épidémiologie, en santé des populations, en organisation des services de santé sont très faiblement développées en France par rapport aux pays comparables.

Au regard de ces constats, et sans préjuger de la nécessité d'une analyse complète et d'un débat national, les thématiques suivantes semblent présenter de larges marges d'amélioration :

- Soins de proximité, incluant les soins primaires, la médecine spécialisée de proximité (cf. avis HCAAM du 23 janvier 2020), ainsi que la permanence des soins et la prise en charge des soins non programmés ;
- Santé mentale (avec notamment les thèmes du suicide, des addictions, de la consommation de psychotropes, de la santé somatique des personnes souffrant de troubles psychiques...) ;
- Actions sur les déterminants des inégalités sociales et territoriales de santé : actions territoriales pluri-partenariales (cf. contrats locaux de santé), dans l'esprit de la « santé dans toutes les politiques », portant sur les conditions de vie et de travail (logement, mobilité, environnement, stress au travail...), actions d'information et de prévention à destination des publics fragiles (populations précaires, en situation de handicap, à risque de perte d'autonomie...), éducation pour la santé (nutrition, activité physique, hygiène, exposition aux facteurs de risque...), lutte contre les addictions. Cette prévention à visée populationnelle a déjà fait l'objet d'un avis du HCAAM en 2017.



### 3. Les enjeux d'un cadre de régulation renouvelé

#### **Améliorer l'accessibilité des soins**

L'enjeu d'un accès à l'ensemble des soins de qualité, et plus généralement à l'offre de santé, partout, pour tous, dès que nécessaire, a pris de l'importance depuis plusieurs années, dans un contexte de baisse de la démographie médicale et d'inégalités de répartition des professionnels et des établissements de santé. Une politique d'incitations adaptées à chaque territoire est à renforcer, en prenant appui en particulier sur les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les établissements de santé de proximité. Le HCAAM a prévu d'approfondir dans les prochains mois la réflexion sur les ressources humaines nécessaires pour mettre en œuvre la transformation de notre système de santé.

La COVID-19 a par ailleurs mis en lumière le problème de l'accessibilité des équipements de protection individuelle, des tests, de certains médicaments et dispositifs médicaux, des services de réanimation, et parfois d'imagerie, mais aussi du maintien de l'accès aux soins habituels compte tenu des règles recommandées dans ce cadre et aux campagnes de dépistage des autres pathologies, dans un contexte de crise sanitaire. Elle illustre également l'importance de la prévention des pathologies chroniques, associées aux formes sévères de COVID-19.

#### **Améliorer la répartition des tâches et la gradation des soins**

L'amélioration de l'adéquation des prises en charge, dans un esprit de gradation des soins pour l'ensemble des acteurs, incluant les délégations de tâches aujourd'hui effectuées par des médecins à des non médecins, devrait favoriser cette accessibilité et éviter par exemple que le niveau de compétences et d'expertise le plus spécialisé soit amené à prendre en charge des situations relevant des soins primaires ou de proximité. Pour structurer cette gradation, la priorité doit être mise sur l'organisation et le renforcement de la première ligne de soins pour maintenir le patient à son domicile et éviter autant que faire se peut le recours à une hospitalisation.

Il est pertinent, dans cet esprit, de formaliser davantage qu'actuellement les coopérations territoriales, entre soins primaires, soins secondaires, soins de recours, pour faciliter et fluidifier les prises de décision, les adressages.

La crise sanitaire a illustré l'importance de cette coopération, qui peut qu'être facilitée par une meilleure définition des missions et des rôles de chacun au niveau pertinent du territoire, simplifiant le moment venu la mise en œuvre de l'action collective. Ceci n'interdit pas que l'articulation des compétences des uns et des autres puisse être redéfinie quand c'est nécessaire.

#### **Accroître la pertinence des soins**

Des marges de progrès importantes existent en termes de pertinence des soins. Il s'agit d'accompagner la modification des comportements de professionnels de santé et des patients, en phase avec les recommandations de bonnes pratiques, en termes de prescriptions, d'indications (actes diagnostiques, interventions, etc.), de gestion des parcours des patients, d'adhésion aux traitements, de « bon usage » du système de santé par les patients, par un renforcement des actions de gestion du risque et du principe de décisions partagées des choix thérapeutiques (développement des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP), association des patients aux décisions les concernant).



## **Davantage mobiliser l'analyse médico-économique**

Dans un cadre où doivent être fixées des priorités, il paraît utile de se fonder sur des analyses médico-économiques rigoureuses pour aider à déterminer quelles prises en charge sont efficaces (i.e. présentent le meilleur ratio efficacité/coût), et lesquelles produisent des résultats insuffisants pour les coûts engagés.

## **Partager l'information entre les acteurs sanitaires et médico-sociaux pour une coordination des soins**

La mise en place d'un système d'informations de santé, partagé, sécurisé et maîtrisé au plan national, centré sur le patient, est une condition incontournable d'une meilleure coordination des prises en charge. Le développement de ces systèmes d'information, dont certains ont connu une accélération avec la crise qui a illustré leur nécessité, doit être une des priorités de notre système de santé : répertoires opérationnels des ressources fiables, à jour, accessibles et ergonomiques ; observatoire de la médecine générale ; et surtout dossier médical partagé et espace numérique en santé structurés pour optimiser leur utilisation. La protection des données personnelles doit être absolument garantie, de même que l'interopérabilité, y compris avec le médico-social où le besoin de développer les systèmes d'information est particulièrement important. Cela doit constituer un pilier majeur des investissements des prochaines années.

## **Organiser la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles**

La crise sanitaire actuelle a montré les limites des dispositifs d'anticipation des situations exceptionnelles en France. Ils ne sont pas inexistantes, des plans étaient élaborés, des financements étaient alloués aux établissements de santé, etc. mais ils se sont avérés insuffisants. Il paraît certes difficile de pouvoir prévoir tous les scénarios catastrophes, mais le scénario dans lequel nous sommes était, lui, prévisible et d'ailleurs prévu.

Aussi, un dispositif plus intégré, disposant de davantage de moyens, est à mettre en place, assorti de plans de préparation à une crise sanitaire susceptible de saturer les capacités du système de soins. Entre autres mesures, ces futurs plans devront intégrer la possibilité de limiter :

- L'ampleur de la crise, grâce à une politique de prévention mobilisant l'ensemble des acteurs et notamment de proximité ;
- L'impact de la crise, par un accroissement rapide et dans de bonnes conditions de ces capacités (que ce soit en lits de soins aigus, de réadaptation ou autres, ainsi qu'en ressources humaines), et ce avec un bon maillage du territoire national.



## 4. Développer les analyses prospectives

Les outils ont manqué pour fournir aux lois successives de réforme de l'organisation des soins l'incarnation concrète permettant d'ancrer véritablement les anticipations des acteurs et ainsi traduire en actes l'entièreté des transformations attendues.

### **Renforcer les capacités d'analyse des déterminants de l'accroissement de la demande de soins**

Deux volets au moins mériteraient d'être développés :

- Une analyse systémique et consolidée intégrant l'ensemble des données disponibles sur ces déterminants : démographie, morbidité, progrès technique, organisation des soins, émergence de nouveaux acteurs notamment dans les technologies numériques, éducation, facteurs culturels et socio-économiques, conditions de travail, comportements individuels et sociaux vis-à-vis de la santé et des facteurs de risque (aussi bien des patients que des professionnels de santé) ... ;
- Une veille prospective portant sur l'ensemble de ces aspects et s'appuyant sur l'articulation et la mutualisation des moyens existants dans les administrations, agences, caisses et différents établissements.

### **Compléter les projections d'activité et de dépense par une prospective sur les ressources humaines**

Les modèles de prospective des ressources humaines fournissent un cadre de cohérence pour les discussions entre les parties prenantes du système de santé et constituent de véritables outils d'aide à la décision pour les pouvoirs publics. De nombreux travaux ont été effectués en ce sens dans les pays de l'Organisation de coopération et le développement économique (OCDE) ; ces modèles ont pour finalité de mieux relier l'évolution de la démographie des professionnels de santé et les services à rendre dans le futur à la population, en tenant compte de l'évolution de la démographie de la population et de la morbidité, des projections de la démographie des professionnels de santé (flux de formation, flux de départs, temps de travail, type de carrière, répartition géographique...), de la répartition des tâches entre professions (chevauchement des compétences, arbitrage entre polyvalence et spécialisation, délégation de tâches, nouveaux métiers, formation initiale et continue...), de l'impact des nouvelles organisations (avec notamment le renforcement de la collégialité, du travail en équipe), des innovations technologiques, des technologies numériques et de l'intelligence artificielle... en intégrant la dimension territoriale.

De façon transversale, se pose aussi la question des conditions de travail des professionnels.

### **Développer des approches par segments semi-quantitatives permettant d'identifier et de promouvoir les innovations**

Outre les modèles quantitatifs, il est important de développer des approches prospectives plus globales, davantage qualitatives, ciblées sur une discipline particulière ou une filière de soins, où il est plus facile d'identifier, quantifier et qualifier les innovations les plus structurantes. On peut citer trois exemples d'études françaises s'inscrivant dans cette logique : l'étude Evolpec menée par Unicancer sur l'évolution de la prise en charge en cancérologie, à l'horizon 2025 ; le travail de l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS) sur les parcours complexes des personnes âgées poly-pathologiques ; le travail de projection de l'activité hospitalière à l'horizon 2030 réalisé par la Direction de la recherche, des études, de



l'évaluation et des statistiques (DREES) selon plusieurs scénarios, faisant intervenir à la fois des méthodes statistiques et des avis d'experts sur l'évolution des pratiques et des technologies.

Ce cadre de régulation rénové favoriserait l'innovation, les acteurs bénéficiant d'une meilleure visibilité, dans un cadre pluri-annuel, et de financements décloisonnés (cf. partie suivante).



## 5. Mettre en place une régulation médicalisée sur certains segments de l'offre et certaines pathologies

Pour dépasser les traditionnels « plans » ciblés sur tel ou tel poste de dépenses, **il est proposé de mettre en place une régulation médicalisée sur certains segments de l'offre et certaines pathologies**, afin de gérer dans leur ensemble, et dans une logique de parcours, les activités, moyens et dépenses liés à ce champ. L'intérêt serait, sur ces segments, de pouvoir distinguer clairement les effets volume et les effets prix, et au sein des effets volume, d'établir le partage entre les différents facteurs d'évolution : démographie, épidémiologie, pratiques médicales, types et lieux de prise en charge, innovations.

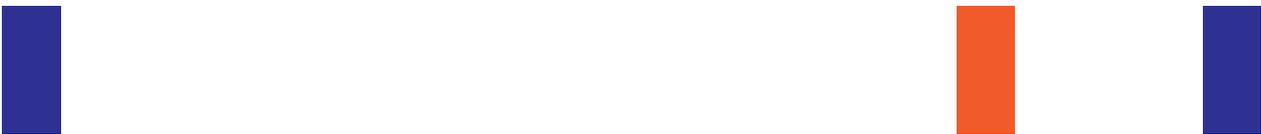
Sur ces segments seraient instituées des modalités de gestion nouvelles consistant à :

- Poursuivre des objectifs de santé, incluant des objectifs de prévention, d'accessibilité ;
- Dans le souci de pertinence, de qualité, de sécurité et d'efficacité des soins, afin en particulier de maîtriser les volumes de soins et de prescriptions ;
- Dans un cadre prospectif, proposant un scénario d'évolution pluri-annuel des activités, dépenses et ressources humaines, qui, sans qu'il soit forcément rendu opposable aux acteurs, servirait de cible pour tous les établissements, professionnels et patients concernés ;
- En s'appuyant, sur la base d'une stratégie nationale, sur le niveau territorial ; il ne s'agit pas de reproduire un schéma identique dans tous les territoires, mais d'adapter les principes aux spécificités de chacun d'entre eux.

Pour mener à bien les travaux, il serait judicieux de mettre en place, pour chaque thème, une organisation de type gestion de projet, qui ait des moyens suffisants et des marges de manœuvre assez larges, et qui soit positionnée à un niveau assez élevé dans l'organisation administrative, associant les différents ministères concernés et l'assurance-maladie.

### **Les travaux engagés par le HCAAM visent à proposer des prototypes d'une telle régulation par projet sur 6 segments :**

- Trois segments de l'offre de soins :
  - Les soins de proximité, intégrant les actions de prévention et de promotion de la santé, de lutte contre les inégalités de santé ;
  - Le médicament, en considérant l'ensemble des segments : délivrance en ville, rétrocession hospitalière, médicaments délivrés en hospitalisation (liste en sus ou non), et en tenant compte des politiques nationales de négociation des prix et des remises ;
  - La biologie médicale, ambulatoire et hospitalière, incluant les actes hors nomenclature ;
- Trois champs pathologiques :
  - Une pathologie déjà bien explorée, ayant fait l'objet de plans nationaux et de réorganisations importantes : le traitement du cancer ;
  - Un secteur demandant une restructuration profonde et identifié comme une priorité de santé : la santé mentale ;

- 
- Une pathologie chronique, intégrant des enjeux de prévention primaire, de dépistage, d'actions sur les déterminants de santé, de suivi au long cours, comme le diabète de type 2 non compliqué, la bronchopneumopathie chronique obstructive ou l'insuffisance rénale chronique.

Il ne s'agit pas dans cet exercice d'être exhaustif mais de tester la méthode sur différents exemples. On cherchera en particulier à concilier les deux approches, par pathologies et par segments de l'offre de soins, afin de garantir une organisation transversale, et non par filière, des soins, conformément aux orientations retenues dans les précédents avis du HCAAM.

Pour chaque volet, seraient fixés des objectifs médicaux, organisationnels, d'efficacité, de qualité et de pertinence, ainsi qu'un objectif pluri-annuel de dépenses, non opposable, fondé sur l'observation des tendances passées et sur les éléments de prospective.

**Ces segments ne constitueraient pas autant de sous enveloppes de l'ONDAM.** Il serait du reste impossible de ventiler l'ensemble de l'ONDAM par pathologie en raison des comorbidités fréquentes et des parcours complexes de ces patients, et des dépenses non affectées à une pathologie précise.

Pour autant, peuvent être proposés des **principes d'un nouveau découpage de l'ONDAM** :

- Le pilotage des dépenses devrait adopter une vision globale et cohérente, qui ne se limite pas aux dépenses remboursées par l'Assurance maladie et prend en compte en particulier les déficits hospitaliers publics.
- Certaines dépenses, à caractère structurel, devraient bénéficier d'une quasi-garantie de financement, c'est-à-dire ne pas être soumises à des baisses de tarifs ou de dotations suite à la régulation macro-économique ; leur organisation et leur financement sont à penser sur le moyen terme. Ces secteurs seraient à déterminer de façon concertée, mais on peut citer : la prévention ; la recherche ; l'ensemble du circuit des urgences vitales (régulation, transports médicalisés urgents, prise en charge aux urgences hospitalières, lits de soins critiques) ; les investissements structurants ; certains produits d'intérêt stratégique ;...

Notons que cette garantie ne préjuge pas des restructurations et réorganisations à mener dans ces domaines pour en améliorer l'efficacité et l'efficacité.

- Le secteur médico-social serait aussi un secteur ayant vocation à être placé dans cette catégorie, dans le principe, et même à être renforcé, tout en évitant de pérenniser la fracture actuelle entre sanitaire et médico-social<sup>1</sup>. Les établissements et services médico-sociaux partagent une activité de soins avec le sanitaire (tout en rappelant l'insuffisante médicalisation de ces structures), mais l'existence du double financement complique la coordination entre les financeurs ; il manque un réel partage d'informations sur les bénéficiaires entre les acteurs du territoire. Les patients hébergés dans les établissements pour personnes âgées ou pour personnes handicapées doivent être intégrés dans les parcours de soins, en lien en particulier avec la première ligne de recours.
- La distinction d'une enveloppe de ville d'une part, d'une enveloppe hospitalière d'autre part ne paraît plus pertinente au regard de la volonté de réguler de manière davantage médicalisée les objectifs de santé et de gérer des parcours de soins. Aussi, il est proposé d'instruire la possibilité de mettre en place une sous-enveloppe « Activité » ou « Prise en charge des parcours de soins », incluant l'ensemble des dépenses liées à l'activité. Dans

---

<sup>1</sup> dans la suite des travaux, il faudra tenir compte des conséquences de la création d'un cinquième risque et des modalités finalement retenues.



cet esprit, les mesures de régulation ont vocation à porter de façon équitable sur l'ensemble des segments de l'offre de soins, et les modalités de financement doivent être similaires dans l'ensemble du système (en termes de répartition entre tarifs, forfaits, dotations). Une telle orientation suppose également des changements institutionnels.

Cette question de l'intégration entre ville et hôpital se pose d'ores et déjà pour les établissements de proximité.

- Au sein de cette sous-enveloppe, la régulation serait assurée par objectifs de santé, en substitution aux actuels plans de gestion de risque triennaux, en privilégiant le respect des recommandations de bonnes pratiques et de pertinence, et en adoptant une approche centrée sur les parcours, incluant la prise en compte des retours d'expérience des patients.
- D'autres sous-ensembles munis d'objectifs spécifiques pourraient être identifiés, en particulier :
  - Une enveloppe pour l'incitation à la qualité, la sécurité et la pertinence des soins, qui, suivant les recommandations de la task-force pour la réforme du financement, doit prendre une part plus importante de l'ONDAM (objectif de 2 Mds d'euros en 2022), sur la base d'indicateurs améliorés, en particulier des indicateurs de résultats, en tenant compte à la fois des positions en valeur absolue et des dynamiques d'amélioration ;
  - Une dotation régionale d'accompagnement des innovations organisationnelles, des coopérations, des restructurations, i.e. des moyens de la transformation du système, à la main des Agences régionales de santé (ARS), via une évolution du Fonds d'intervention régional (FIR), aussi bien en termes de montant que de modalités de gestion ; il s'agit de sortir de la situation actuelle où la majorité du fonds est fléchée selon des principes définis au plan national.

**Le pilotage par projet n'est pas incompatible avec le respect de l'ONDAM** (sans préjuger du niveau auquel celui-ci sera fixé à l'avenir). L'idée est qu'en adoptant une approche médicalisée par type d'affections sur suffisamment de segments, l'objectif global devrait être respecté sans recourir à des baisses de prix généralisées et des mesures conjoncturelles élaborées dans l'urgence. Certaines mesures de baisse de prix resteront probablement nécessaires pour piloter la dépense, mais elles doivent reposer sur un rationnel de pertinence, et ne peuvent constituer l'essentiel de la régulation, comme c'est le cas aujourd'hui. Elles doivent être accompagnées d'orientations pluriannuelles pour donner aux acteurs le temps de s'adapter. Elles doivent en outre être justifiées sur des bases objectives, au regard des évolutions de coût des facteurs de production.



## 6. Utiliser les outils de la régulation à bon escient

**Un outil doit en principe servir un objectif et un seul.** Une telle discipline permet de rendre les objectifs clairs, les outils efficaces et transparents, les politiques lisibles. Toutefois, pour des raisons souvent historiques, il arrive qu'on veuille faire jouer à un outil plusieurs rôles.

C'est le cas par exemple des tarifs des actes et prestations. La tarification a vocation à allouer les ressources aux acteurs de manière équitable afin d'assurer la solvabilité d'une offre nécessaire sans laisser de rente excessive. Or, il est fréquent que les tarifs soient aussi utilisés à des fins incitatives (avec des succès mitigés), ou comme instrument de maîtrise des dépenses.

En outre, l'objectif de privilégier les prises en charge les moins coûteuses à qualité similaire et donc d'éviter des hospitalisations lorsque c'est possible peut se heurter à celui d'équilibre financier des établissements. Ainsi, de nombreuses activités comme la chimiothérapie à domicile, la dialyse à domicile, les bilans programmés de maladie chronique, l'éducation thérapeutique... ne se développent pas en ville, sauf lorsque le service hospitalier est saturé. Seule une analyse prospective incluant une trajectoire pluriannuelle des tarifs peut fournir aux acteurs la visibilité et le temps nécessaires pour réorienter l'utilisation des ressources (en personnel, en équipements).

Au total, le signal représenté par les prix administrés peut ne pas être très clair pour les acteurs. Les évolutions tarifaires doivent plutôt accompagner les décisions de stratégie et d'organisation, en ne constituant pas de contre-incitatif.

**Le développement des indicateurs de qualité constitue un enjeu crucial**, englobant l'accessibilité, la sécurité, la pertinence, l'expérience des patients et les résultats ; à cet égard, se développent les outils de retours d'expériences-patients : PROMs (*Patient Reported Outcomes Measures*) et PREMs (*Patient Reported Experience Measures*). De tels indicateurs permettront d'évaluer et le cas échéant modifier et adapter les projets de santé, qu'ils soient régionaux ou territoriaux.



## 7. Bien identifier les différents niveaux géographiques de la régulation et poursuivre la territorialisation de la politique de santé

Il n'existe pas en France de revendication forte pour une remise en cause du caractère national de la politique de santé dans sa dimension stratégique, les objectifs associés ainsi que les cadres généraux notamment financiers assurant le respect du principe d'égalité. A cet égard, une régionalisation de l'ONDAM (ORDAM) ne paraît pas souhaitable.

Il n'en reste pas moins que, comme en a témoigné la crise liée à la COVID-19, l'alliance pratique entre l'ensemble des acteurs présents sur un territoire est la mieux à même d'élaborer des solutions concrètes adaptées aux contextes locaux pour la mise en œuvre d'objectifs partagés. Ceci justifie de donner plus de marges de manœuvre aux acteurs locaux, proches du terrain, et de mieux faire le lien entre les politiques qui concourent, au niveau local, à la santé. Une telle approche est indispensable pour permettre le décloisonnement de diverses politiques et l'intégration des offres de prévention, de soins et médicosociales, propices au développement de la santé dans toutes les politiques et à des offres de prise en charge globales dont on sait qu'elles sont essentielles pour réduire les inégalités de santé particulièrement fortes en France.

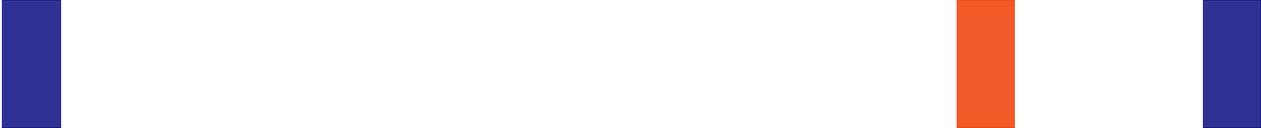
Cette orientation suppose de déplacer du niveau national au niveau régional le pilotage de la politique de santé en réintégrant les régions à ce pilotage ; de donner des responsabilités et des moyens accrus aux acteurs du territoire, offreurs dans le champ de la santé incluant les acteurs de la santé scolaire, de la protection maternelle et infantile (PMI) ou encore de la santé au travail, usagers et patients, collectivités territoriales, délégations des ARS, caisses et diverses administrations en ouvrant, le cas échéant, des espaces de délégation importants à ce niveau ; de matérialiser l'intervention commune dans le cadre de plans territoriaux de santé (PTS) associant l'ensemble des acteurs et se traduisant lorsque nécessaire par une démarche contractuelle.

Dans la prochaine génération de contrats de Plan Etat-Région qui débutent en 2021 la santé pourrait être un thème substantiel. C'est ici que se matérialiserait notamment l'intégration des différents plans donnant une consistance forte à la santé dans toutes les politiques, que le numérique en santé et la formation pourraient être articulés avec des objectifs en termes de services attendus et d'attractivité territoriale dans le champ de la santé et qu'enfin les politiques d'investissement matérialisant la transformation au long cours du système de santé seraient cadrées, avec la possibilité d'apports plus importants des collectivités territoriales. Une réflexion devrait être menée pour éviter d'ajouter un nouveau plan à la pléthore de plans et de contrats qui paralysent l'action et simplifier l'ensemble.

Le positionnement des ARS doit être mis en perspective dans cette optique de même que le type de moyens (notamment en termes de qualification) dont elles disposent. Le FIR devrait substantiellement être augmenté et ses modalités de fonctionnement revues.

Pour pallier l'éloignement créé par la constitution des nouvelles régions et permettre une action territoriale mettant en ligne des acteurs locaux et notamment des collectivités territoriales, des acteurs de santé de proximité et des usagers avec des interlocuteurs proches et dotés de moyens et d'un pouvoir de décision il convient de renforcer l'échelon des délégations territoriales des ARS, de mieux définir son rôle et de lui donner des pouvoirs effectifs et de poser la question des moyens d'action des collectivités territoriales.

Au niveau des territoires des marges significatives existent pour donner un rôle accru et plus cohérent à ces collectivités, et pour s'appuyer sur les collectivités volontaires, soit dans le cadre de transferts de compétences à titre expérimental, soit dans le cadre de délégations de compétences. Ce rôle accru pourrait concerner les domaines tels que l'accès aux soins ou la promotion de la santé. L'organisation de la première ligne d'offreurs responsables de la prise en charge de la population est à ce niveau déterminante et les Contrats locaux de santé peuvent être utilement



mobilisés. On peut imaginer ici la possibilité de prévoir des solutions particulières, le cas échéant, dérogatoires du droit commun de façon permanente ou à titre expérimental. Corrélativement les organisations intermédiaires structurant l'offre de soins devraient se voir dotées de responsabilités et de moyens accrus au fur et à mesure de leur montée en charge. Une attention particulière doit, dans ce contexte, être portée à l'équité des moyens disponibles entre territoires, en prévoyant des mécanismes de péréquation en faveur des territoires les moins favorisés.

La question du niveau de collectivité est délicate. Sur certains sujets, une collectivité est naturellement en première ligne. Au-delà, s'il n'est pas nécessairement souhaitable, sur un sujet donné, de désigner partout la même collectivité responsable, il est important que sur un territoire donné et un sujet, une seule collectivité soit responsable. Sur les sujets pour lesquels il existe un risque de concurrence entre les interventions de collectivités, il importe de retenir un échelon territorial suffisamment large (a priori la région ou le département) ou de prévoir des processus de coordination. Pour le reste, plusieurs options peuvent exister, pour schématiser une option « régionaliste » et une option « départementaliste », le rôle des intercommunalités faisant moins débat. Une voie pragmatique consisterait à retenir une responsabilité régionale sur l'investissement hospitalier (non exclusive sur ce sujet) et la Gestion prévisionnelles des emplois et des compétences (GPEEC) territoriale, et de permettre des transferts ou des délégations de compétences à la carte sur les autres sujets, les collectivités retenues pouvant être selon les territoires la région, le département ou l'intercommunalité.

Cette déconcentration/décentralisation suppose l'abandon d'une logique aujourd'hui excessivement centralisée et descendante en menant notamment de façon déterminée l'action engagée en vue de structurer les acteurs de la proximité, en première ligne dans la gestion de la santé des populations. Il est à cet égard stratégique de doter ces acteurs des moyens d'agir et des données indispensables pour leur permettre de jouer dans la régulation du système leur rôle de façon éclairée. Il est corrélativement nécessaire que soient définis les cadrages et investissements qui doivent rester nationaux ou régionaux pour éviter des divergences ou duplications coûteuses.

Le HCAAM a prévu de prolonger ces réflexions, en particulier sur la qualification d'un système de santé centré sur la population et la poursuite de la territorialisation des politiques de santé.

## Résumé des orientations

- Un dispositif de régulation qui distingue :
  - Des politiques structurelles et la poursuite d'objectifs de santé, sur un mode pluri-annuel, sur les 4 domaines de la régulation : morbidité, qualité et pertinence, organisation de l'offre de soins, prix ;
  - Ce qui relève de mesures de gestion courante, d'ajustements ponctuels, pour lesquels la LFSS annuelle constitue le cadre adapté.
- La mise en place d'une cellule technique de veille, de prospective (sur les perspectives d'activités, les ressources humaines, les innovations...), d'analyse médico-économique, qui accompagne la politique de santé. Il s'agit de mettre en réseau les équipes et les travaux qui sont menés dans les différentes administrations, avec des moyens renforcés et des compétences complémentaires (prospective, big data...).
- La détermination de 3 ou 4 priorités de santé devant faire l'objet de mesures spécifiques et de moyens additionnels sur le moyen terme.
- Une vision plus globale de l'ONDAM, qui ne se limite pas aux dépenses remboursées par l'Assurance maladie et prend en compte en particulier les déficits hospitaliers publics.
- L'organisation d'un débat sur l'utilisation des montants supplémentaires votés dans les LFSS au titre de l'ONDAM, en identifiant de manière explicite les mesures nouvelles financées, etc. Un traitement particulier pour certaines catégories de dépenses (prévention, prise en charge des urgences vitales, recherche, investissements, médico-social...), qui feraient l'objet de mesures spécifiques de régulation et seraient soustraites des mesures conjoncturelles sur les prix ou les dotations. L'identification également des moyens consacrés à accompagner la transformation de l'organisation et la coopération.
- La mise à l'étude de la possibilité d'une régulation transversale aux activités ambulatoires et en établissements supposant une rénovation de la gestion et du suivi de l'ONDAM et s'accompagnant d'une gestion par projet sur certains objectifs médicalisés, par segment de l'offre ou par pathologie, s'appuyant en particulier sur des outils d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins.
  - Sur chaque volet, seraient définis de façon pluri-annuelle des objectifs médicaux, organisationnels, de qualité, d'efficacité, de ressources humaines et de dépenses. Par exemple, pour l'insuffisance rénale chronique en phase de suppléance, la priorité à la greffe (bénéfique à la fois pour la qualité de vie et la survie des patients, et pour l'efficacité des prises en charge), en visant l'équité sur le territoire national, doit se traduire par un accompagnement adapté en termes de ressources humaines dans les établissements, une évolution de la réglementation sur les dons vivants, des paiements à la performance...
- Le renforcement du FIR et l'évolution de ses modalités de gestion, pour accroître les marges de manœuvre régionales et territoriales.
- Le renforcement de l'enveloppe « qualité », en ville comme en établissements, allouée sur la base d'indicateurs ciblés (en particulier des indicateurs de résultats), en nombre limité et régulièrement mis à jour (couvrant les aspects de qualité, pertinence et sécurité des soins).

- 
- Une évolution de la gouvernance territoriale, avec en particulier : l'octroi de davantage de marges de manœuvre aux acteurs locaux, proches du terrain, favorisant la coopération ; un lien mieux articulé entre les politiques qui concourent, au niveau local, à la santé ; un rôle accru et plus cohérent donné aux collectivités locales et à la vie démocratique, à la fois politique, sanitaire et sociale ; l'abandon d'une logique aujourd'hui excessivement centralisée et descendante.

Cet avis constitue une étape dans un travail devant se poursuivre dans les prochains mois ; il dresse des pistes, pose des principes ; la suite des travaux doit les décliner sur quelques exemples.



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](mailto: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