

Concours B/L 2022

Économie

Épreuve commune sur dossier : oral

Jury : Philippe Askenazy et Mathilde Viennot

Sujet :

« La santé n'a pas de prix »

Dossier documentaire

Document 1 : Extrait d'un entretien pour la Revue française d'administration publique, p.2

Document 2 : Graphique extrait de la Revue des affaires sociales, p.5

Document 3 : Graphique issu d'une étude de France Stratégie et de la Dares, p.6

Document 4 : Extrait d'une note de la chaire Hospinnomics, p.7

Document 5 : Tableau extrait d'un rapport de France Stratégie, p.8

Document 1 – Extrait d'un entretien pour la Revue française d'administration publique

« La tarification à l'activité (T2A) à la française », Entretien avec Brigitte Dormont, Propos recueillis par Frédéric Pierru, *Revue française d'administration publique*, 2020/2 (N° 174), pages 487 à 497

Extrait adapté par le Jury.

À la base de la tarification à l'activité, il y a la recherche d'efficience pour les soins hospitaliers. Avant les années 1980, cette préoccupation était absente du financement des hôpitaux et ils étaient remboursés a posteriori en fonction des coûts déclarés. On a introduit le budget global en 1983 pour maîtriser la dépense, mais les budgets étaient attribués sans réelle connexion avec l'activité des hôpitaux. La T2A est en principe un progrès par rapport au budget global, car elle permet d'encourager l'efficience tout attribuant un financement en rapport avec l'activité de l'hôpital. Le mécanisme de base repose sur ce que les économistes appellent un contrat à prix fixe, qui est un incitatif puissant à l'efficience. L'idée est de financer chaque séjour par un forfait indépendant du coût des traitements effectivement appliqués. On parle de paiement « prospectif », par opposition au paiement « rétrospectif » qu'est le remboursement du coût pratiqué après-guerre. On dit à l'hôpital : « Pour un patient qui a telle pathologie, quoi qu'il arrive, je vous paie une somme fixe, disons par exemple 1 000 euros. » L'hôpital se met en déficit si ses coûts dépassent les 1000 euros. En revanche il peut s'approprier la différence si ses coûts sont inférieurs au forfait.

Mais l'un des points fondamentaux de la théorie économique qu'ignorent souvent les décideurs, c'est que l'administration ne sait pas tout ! Le régulateur a des problèmes d'information : c'est un point fondamental qui a justement été développé par les travaux de Laffont et Tirole et qui change beaucoup de choses pour l'action publique. Pour l'hôpital, il est clair que la tutelle ne peut pas observer ni contrôler les efforts des agents hospitaliers. Il faut donc mettre en place un mécanisme qui permette de révéler le vrai coût afin que les forfaits proposés ne soient ni trop hauts, ce qui serait contraire à l'efficience, ni trop bas, ce qui mettrait les hôpitaux en difficulté.

Maîtriser les dépenses n'est pas qu'une préoccupation budgétaire, mais a un enjeu politique. Pour préserver la solidarité dans le secteur de la santé, il faut que la population ait confiance dans l'usage pertinent et efficient de l'argent qui est prélevé par les cotisations. Défenseur de l'hôpital public, le Professeur André Grimaldi dit souvent qu'il faut financer le juste soin au juste coût. Tout le monde est d'accord sur le principe, mais comment fait-on pour connaître le juste coût ? L'économiste s'intéresse justement au comment. On arrive alors au principe de la concurrence par comparaison.

Prenons l'exemple de la prise en charge d'un individu qui a fait un infarctus du myocarde sans complications. Le séjour me coûte, à moi hôpital, 1000 euros (c'est une somme hypothétique sans rapport avec les tarifs actuels). Et la tutelle voit que dans certains hôpitaux c'est plutôt 3000 euros, dans d'autres 2000 euros et dans d'autres encore 1500 euros. Au début du programme de médicalisation des systèmes d'information, l'administration publiait des listes permettant d'observer les différences de coûts pour les mêmes traitements, et de constater que

certains hôpitaux étaient très coûteux. Les États-Unis avaient commencé par faire cela aussi avec les hôpitaux de Medicare, après avoir connu des taux de croissance annuels à deux chiffres pour les coûts hospitaliers dans les années 1970, juste après la création de Medicare en 1965.

Le mécanisme permettant de révéler le coût de production efficient – le « juste coût » d'André Grimaldi – est le suivant : la tutelle annonce « Je vous paierai un séjour pour infarctus du myocarde sans complication à la moyenne du coût qui sera observé chez les autres hôpitaux. » Pendant l'année, tous les hôpitaux fonctionnent avec cette information. Moi, hôpital, je sais que, sur les 1000 euros, il y a 100 euros qui sont gaspillés parce qu'on ne fait pas assez d'efforts par exemple pour obtenir un meilleur prix dans la négociation de certains consommables. Je vais donc faire des efforts, tout en supposant logiquement que les autres hôpitaux vont aussi faire des efforts. En effet, je sais que si je ne faisais pas d'effort, je serais en déficit de 100 euros, car mon coût serait encore à 1000 euros alors que le forfait sera fixé à 900 euros compte tenu des efforts fournis par les autres établissements. Au final, tous les hôpitaux sont incités à faire l'effort maximal et la tutelle connaît le coût de fonctionnement efficient en faisant la moyenne des coûts observés en fin d'année. C'est pour cela que l'on parle de concurrence par comparaison, car ce mécanisme mime l'alignement des prix obtenu sur un marché concurrentiel. Ici il n'y a pas de marché, mais une régulation publique qui permet d'aligner les coûts au niveau de l'efficience.

Dans la version de base, l'instrument est séduisant. Mais la réalité est plus complexe. Le modèle suppose que les patients et les hôpitaux sont identiques et que les seules différences de coûts sont dues à des efforts d'efficience d'intensité variable. Dans la vraie vie, les hôpitaux fonctionnent dans des contextes qui influencent leurs coûts, par exemple une architecture contraignante, une localisation géographique qui affecte les prix et les salaires, des économies d'échelle ou de gamme liées à leur taille ou à la structure de leur offre de soins, tous éléments qui ne sont pas modifiables, sauf à renoncer au cahier des charges du service public : cibler l'offre de soins sur certains traitements n'est pas possible à un centre hospitalier universitaire (CHU) qui doit répondre aux besoins de la population. Les patients aussi sont hétérogènes, avec des comorbidités qui peuvent alourdir beaucoup les coûts de traitement dans une pathologie donnée.

Si on émet l'hypothèse brutale et irréaliste que les hôpitaux sont identiques et les patients homogènes, on met en concurrence des hôpitaux qui ont une hétérogénéité incompressible, ce qui peut créer des incitations à dégrader la qualité des soins ou à sélectionner les patients. Pour éviter ces comportements délétères, la littérature économique internationale s'est particulièrement penchée sur cette question de la prise en compte dans la tarification hospitalière des hétérogénéités des hôpitaux et des patients.

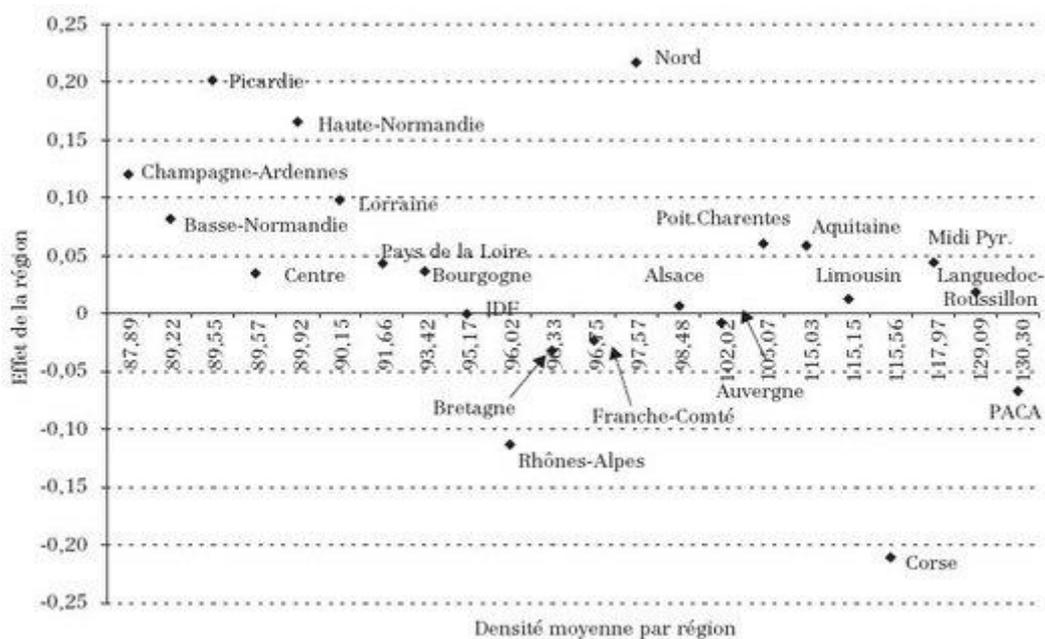
Pour éviter la sélection de patients, les médecins ont proposé d'affiner la classification des pathologies pour lesquelles les forfaits sont définis. Affiner trop peut être contre-productif. En effet, si la classification devient trop fine, on revient à une description qui décrit toutes les combinaisons de traitements possibles pour une pathologie donnée, et on glisse donc vers un paiement rétrospectif, alors qu'on recherche les vertus du prospectif. Il faut comprendre qu'il n'est pas dangereux de rémunérer des séjours de patients hétérogènes avec le même forfait si l'hôpital est public ou à but non lucratif. Dans ce cas, son objectif financier est seulement de ne

pas être en déficit. Pour une pathologie donnée, il sait d'expérience que sur 1000 patients qui viendront chez lui, certains patients seront plus coûteux que le forfait et que d'autres le seront moins, mais qu'à la fin cela s'équilibrera. Pour obtenir ce résultat, il faut que l'hôpital n'ait pas pour objectif de maximiser son profit. En revanche, une clinique privée à but lucratif a intérêt à cibler des patients pour lesquels elle anticipe le fait que les soins auront un coût inférieur au forfait.

Document 2 – Graphique extrait de la Revue des affaires sociales

« Les effets multiformes du paiement à l'acte sur les revenus des généralistes », B. Dormont et Anne-Laure Samson, Revue des affaires sociales, 2011/2-3, pages 156-179

Graphique – Densité moyenne des médecins généralistes pour 100 000 habitants et position des honoraires par rapport à la région de référence, par région (référence : Île de France)



Source : Panel de médecins généralistes (CNAMTS).

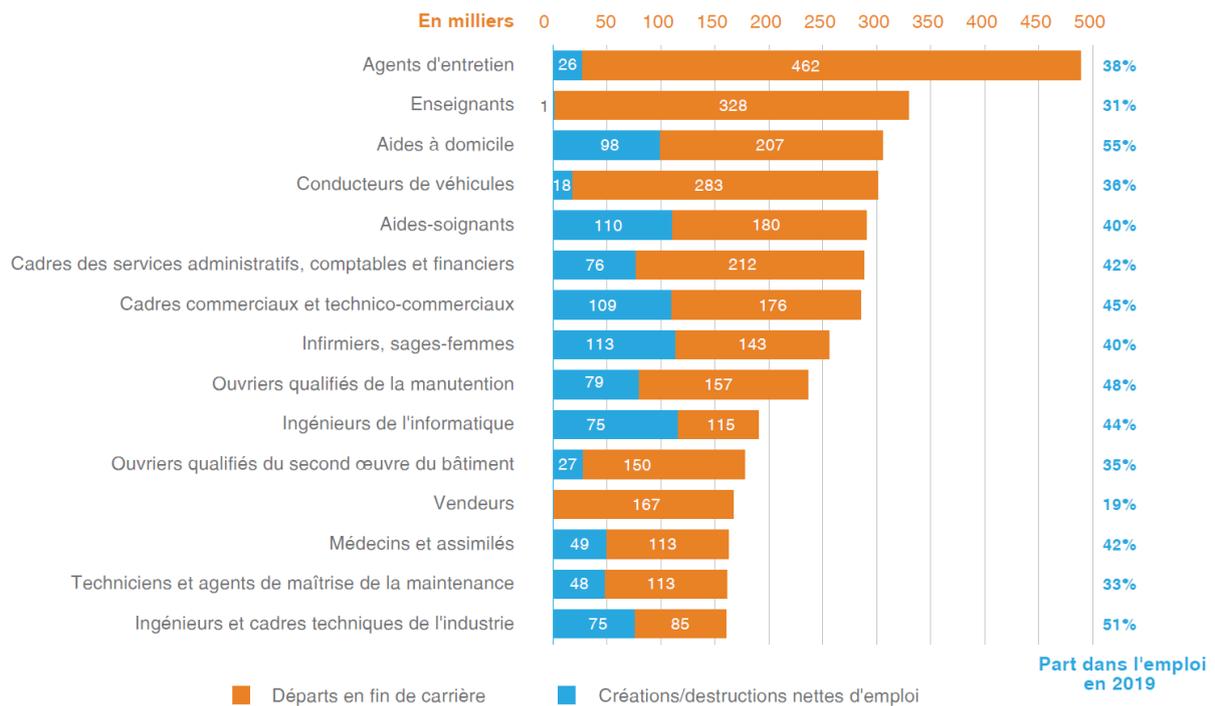
Champ : 6 018 médecins du secteur 1 installés entre 1970 et 2001 et observés sur la période 1983-2004, soit 81 691 observations.

Lecture : par rapport aux médecins généralistes de la région de référence (Île-de-France), les médecins de la région Rhône-Alpes sont légèrement plus nombreux (96 médecins pour 100 000 habitants, contre 95 en Île de France) et ont, toutes choses égales par ailleurs, des honoraires inférieurs de 11,2 %.

Document 3 – Graphique issu d’une étude de France Stratégie et de la Dares

France Stratégie et Dares, « Les métiers en 2030 », Rapport du groupe Prospective des métiers et qualifications présidé par Jean-Christophe Sciberras, mars 2022

Graphique – Les métiers comptant le plus de postes à pourvoir dans le scénario de référence entre 2019 et 2030



Champ : France métropolitaine

Lecture : entre 2019 et 2030, 490 000 postes seraient à pourvoir chez les agents d’entretien, dont 460 000 dus aux départs en fin de carrière et 30 000 aux créations nettes d’emplois. Ces postes à pourvoir représenteraient 38% de l’emploi de ce métier en 2019.

Sources : projections France Stratégie / Dares à partir de Psar *Emploi-population* (Insee), recensement de population 2015 – exploitation complémentaire, enquêtes *Emploi en continu* 2003-2016, modèle Destinie 2 ; projections de métiers France Stratégie / Dares.

Document 4 – Extrait d’une note de la chaire Hospinnomics (chaire APHP / PSE)

Davezies, L., & Toulemon, L. (2017). « Déménager en Alsace Moselle où l’assurance maladie obligatoire est plus généreuse augmente-t-il la consommation de soins de santé ? », *Recto-Verso de la Chaire Hospinnomics*, n°6, mars.

Extrait adapté par le Jury.

Table 1: Taux de remboursement en Alsace Moselle et dans le reste de la France, 2005-2008

	Régime général	Régime général + Régime lcoal
Dentiste	70%	90%
Médecin généraliste ou spécialiste	70%	90%
Médicaments : vignettes oranges	15%	15%
vignettes bleues	30%	80%
vignettes blanches	60-65%	90%
vignettes blanches barrées	100%	100%
Arrêt de travail	délai de carence de 3 jours	pas de délai de carence
Ouverture d’une pharmacie	2 500 habitants	3 500 habitants

Les individus qui déménagent en Alsace Moselle bénéficient d’une hausse des taux de remboursement obligatoire, a priori non liée à leur état de santé, puisqu’ils n’ont pas choisi d’adhérer à ce système. Nous mesurons comment ce changement affecte leur consommation de soins en utilisant les évolutions de consommations des individus qui déménagent entre d’autres régions françaises pour prendre en compte l’effet du déménagement.

Être affilié au système Alsace Moselle augmente les dépenses remboursées par le régime général pour les soins dentaires. En revanche, le système local n’a pas d’impact sur le montant global de dépenses chez le médecin (généraliste et spécialiste), et diminue les dépenses de médicaments. Concernant les arrêts maladies, ils sont plus nombreux quand on est affilié au système Alsace Moselle, mais plus courts, le nombre total de jours de congés maladie est inchangé. Globalement, la hausse du taux de remboursement de l’assurance obligatoire n’induit pas de hausse des dépenses remboursées. Ces résultats sont inchangés si on exclut les personnes qui déménagent entre l’Alsace Moselle et des régions limitrophes, et si on tient compte de la densité de médecins et de pharmacies. [...]

Les habitants d’Alsace Moselle ont moins intérêt à s’affilier car ils sont mieux couverts par la part obligatoire, mais les tarifs des complémentaires sont ajustés en Alsace Moselle. Le taux global de couverture complémentaire est identique au reste de la France, mais la différence de taux de remboursement totaux n’est pas documentée. Concernant la mesure, notre étude identifie un effet en utilisant les personnes changeant de département d’emploi entre 2005 et 2008, difficilement extrapolable à l’ensemble des salariés. De même, nos résultats ne sont pas forcément transposables à une période plus récente du fait de la loi de 2013 sur les complémentaires d’entreprises. Nos estimateurs peuvent aussi sous-estimer l’impact du système Alsace Moselle si la réaction aux nouveaux taux prend du temps, puisque nous observons les individus au plus trois ans après le déménagement. Malgré ces limites, notre article montre de manière robuste que le système Alsace Moselle, caractérisé par des taux de remboursement de l’assurance obligatoire plus élevés, n’entraîne pas de hausse de la consommation de soins pour la population des salariés qui déménagent entre 2005 et 2008

Document 5 – Tableau extrait d'un rapport de France Stratégie

« L'évaluation socioéconomique des effets de santé des projets d'investissement public », Rapport du groupe de travail présidé par Benoît Dervaux et Lise Rochaix, Mars 2022, France Stratégie

Tableau – Synthèse des coûts estimés par le groupe de travail

Valeurs calculées pour l'application « Inefficacité énergétique des logements »		
Coût annuel moyen de santé lié aux températures intérieures basses par logement occupé par un ménage sous le seuil de pauvreté	33 656 € ₂₀₁₈ (25 710 + 6 127 + 1 819)	Coût social de mortalité + pertes de bien-être liées à la maladie + dépenses médicales
Coût annuel moyen de santé lié aux températures intérieures basses par logement occupé par un ménage appartenant aux trois premiers déciles de revenu mais au-dessus du seuil de pauvreté	6 731 € ₂₀₁₈ (5 142 + 1 225 + 364)	Coût social de mortalité + pertes de bien-être liées à la maladie + dépenses médicales
Coût annuel moyen de santé lié aux températures intérieures basses par logement occupé par un ménage appartenant aux trois premiers déciles de revenu	19 231 € ₂₀₁₈ (14 691 + 3 501 + 1 039)	Coût social de mortalité + pertes de bien-être liées à la maladie + dépenses médicales
Coût annuel moyen de santé lié aux températures intérieures basses par logement occupé par un ménage appartenant aux déciles 4 à 10 de revenu	421 € ₂₀₁₈ (321 + 77 + 23)	Coût social de mortalité + pertes de bien-être liées à la maladie + dépenses médicales
Coût annuel moyen de santé lié aux températures intérieures basses par logement, valeur moyenne (à utiliser en l'absence d'information sur le revenu du ménage occupant)	7 479 € ₂₀₁₈ (5 713 + 1 362 + 404)	Coût social de mortalité + pertes de bien-être liées à la maladie + dépenses médicales
Bénéfices annuels de santé de la rénovation des 1,3 million de logements concernés en France par un risque de santé lié aux températures intérieures basses	10 Md € ₂₀₁₈ (7,4 Md + 1,7 Md + 0,5 Md)	Coût social de mortalité + pertes de bien-être liées à la maladie + dépenses médicales

Note : en France, la valorisation des effets de mortalité bénéficie d'un cadre très précis avec l'existence d'une valeur tutélaire de la vie humaine unique pour tous les secteurs (appelée « Valeur d'une vie statistique », VVS) et basée sur le montant que chaque individu est prêt à payer pour une réduction du risque de décès. Le groupe de travail a fait le choix de s'appuyer sur ce cadre et d'évaluer le coût de mortalité en estimant un nombre de décès auquel est appliquée la VVS, fixée par la Commission Quinet (2013) à 3,43 millions € (2018).