

Table des matières

INTRODUCTION	3
Partie I Les fondements de l'économie politique de la santé	9
Chapitre 1 Liberté, égalité ou équité, les lignes de partage des économies politiques	11
I. Liberté de choix et bon fonctionnement du marché supposés garantir une allocation optimale des biens; principe non vérifié pour la santé.....	11
II. L'utilitarisme appliqué à la santé: le meilleur état de santé possible pour le plus grand nombre (mais pas pour tous).....	13
III. La société juste ou l'égalité équitable des chances	16
IV. Dès l'origine, l'économie de la santé s'affirme comme une économie politique.....	18
V. La santé: un service public?	20
Chapitre 2 La santé: un concept flou pour un droit fondamental.....	29
I. Les ambiguïtés de « la santé », concept-valise	29
II. De l'hygiène à la santé publique: l'apparition d'un nouveau domaine régalien	33
III. Le progrès médical génère des inégalités sociales de santé.....	38
IV. La santé: un investissement individuel et collectif	41
V. L'OMS: l'affirmation d'un droit fondamental et universel.....	43
VI. La santé: un « bien » individuel et collectif d'une nature spécifique.....	45
Chapitre 3 La typologie des systèmes nationaux de protection sociale: un exercice occidental-centré?	47
I. Les formes historiques de l'État social.....	47
II. Les États-providence postindustriels et leur système de protection sociale.....	51
III. Une lecture structuraliste de la protection sociale	56
Chapitre 4 Les systèmes nationaux de protection sociale et de santé au défi des échanges internationaux.....	61
I. Les effets paradoxaux de la compétition économique mondiale sur les systèmes nationaux de protection sociale et de santé	61
II. La liberté de circulation et la libre prestation de services au sein de l'UE ont induit une porosité des systèmes de santé nationaux	71
Chapitre 5 Les systèmes de santé constituent des arrangements institutionnels spécifiques	75
I. Qu'est-ce qu'un système de santé?	75
II. Rivalités et convergences: les forces sociales en présence déterminent la forme et la gouvernance des systèmes de santé	77

- III. L'intensité du contrôle social de l'activité médicale: un marqueur essentiel des systèmes de santé..... 80
- IV. Les établissements de santé: entre soumission à la tutelle, défense corporatiste et promotion d'un projet politique 85
- V. Droits des patients et démocratie sanitaire imposent un nouveau compromis dans la relation avec les médecins et pour la gouvernance du système de santé ... 87

Partie II Politiques économiques et systèmes de santé.....91

- Chapitre 6** Macroéconomie et santé 93
- I. Description générale de la dimension macroéconomique des dépenses de santé: les agrégats et leurs limites..... 93
 - II. La dialectique planification/recours au marché conceptualisée par l'OCDE et le parti pris planificateur de l'OMS 98

- Chapitre 7** Définir les besoins et les priorités: le rôle prépondérant du politique 103
- I. Quantifier un besoin de santé: un exercice impossible? 103
 - II. La notion de priorité en santé: entre lobbyisme et démocratie sanitaire 114
 - III. Évaluer la performance des politiques et des systèmes de santé: un exercice toujours partial..... 122

- Chapitre 8** Politiques budgétaires de la santé entre maîtrise de la dépense et transition démographique: la santé mise sous pression?..... 127
- I. Vieillesse et innovations thérapeutiques: l'inexorable accroissement de la demande de soins portée par des rapports de forces politiques favorables aux plus âgés 127
 - II. La dépendance: défi social, organisationnel et économique..... 136

- Chapitre 9** Crises et systèmes de santé: effets paradoxaux et résilience 141
- I. Les périodes de croissance et de crise économique ont des effets paradoxaux sur la santé..... 141
 - II. Crises et résilience des systèmes de santé 144

Partie III Économie publique de la santé 149

- Chapitre 10** « La régulation ou l'économie publique moderne »..... 151
- I. La légitimité de la régulation: se substituer au marché défaillant pour assurer l'efficacité productive des activités et la distribution souhaitée des biens et des services 151
 - II. Rémunération des offreurs de soins et attribution des ressources collectives: une préoccupation ancienne renouvelée par la théorie des incitations..... 161
 - III. Stratégies d'acteurs et dimension comportementale de l'économie de la santé: aléa moral, confiance, réputation, qualité ressentie..... 170
 - IV. Le paternalisme de la régulation est-il toujours bienveillant? les défaillances de l'État: capture et collusion..... 174
 - V. Contingence de la régulation: l'art du possible 180
 - VI. Les questions clés politiques dont les réponses modèlent les systèmes de santé..... 183

Chapitre 11	Les sujets opérationnels de l'économie publique de la santé	187
I.	Le marché de l'assurance santé: éviter à la fois la sélection adverse et les marchés incomplets	187
II.	Comment rémunérer les praticiens: salaires, actes, forfaits, capitation?.....	192
III.	Comment financer les établissements: dotations, prix de journée, financement unitaire des séjours hospitaliers, rémunération de la valeur du soin produit?.....	204
IV.	Le financement des produits de santé: les liens paradoxaux entre la compétition internationale et la satisfaction de la demande interne.....	222
V.	Comment responsabiliser la demande: satisfaire le contribuable sans frustrer le patient?.....	230
Chapitre 12	Évaluer à la fois la performance économique et la performance sociale de la production des biens et des services de santé: une équation politique	237
I.	Définir la performance de la production des biens et des services en santé: un exercice toujours orienté mais nécessaire	237
II.	Comment mesurer la performance de la production de biens et de services de santé? les indicateurs: indispensables mais limités	242
III.	L'évaluation médico-économique: des choix politiques qui portent sur ses méthodes et l'usage de ses résultats.....	247
CONCLUSION		259
ANNEXE 1	Le cas particulier du modèle français: l'inexorable progression du paternalisme étatique	265
I.	L'ADN d'un système dual: assurantiel et universaliste.....	265
II.	L'échec de la maîtrise des dépenses ouvre la voie à la planification étatique.....	268
III.	À partir des années 1990, l'émergence d'une régulation étatique de la santé.....	270
IV.	La réforme de 2004 achevée par la loi HPST de 2009: l'État contrôlé, parfois indirectement, l'entièreté du système de santé	274
V.	Paradoxes des progrès de l'universalisme: rôle accru des complémentaires santé et retour de l'entreprise providence.....	279
VI.	La gouvernance du système de santé: des évolutions bloquées par la collusion entre l'État et l'hôpital public	282
ANNEXE 2	Les compromis à l'œuvre en économie publique: l'exemple du financement hospitalier en France.....	287
I.	Mais pourquoi a-t-on voulu la T2A? La faillite morale et l'inefficacité économique de la dotation globale.....	288
II.	De quoi la T2A est-elle (vraiment) le nom?.....	295
III.	Quels reproches, fondés ou infondés, sont adressés à la T2A?.....	298
IV.	Les avatars de l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (y inclus l'évaluation de la satisfaction des patients): exemple type de la résilience des rentes hospitalières.....	304
V.	Les prérequis d'un financement au parcours seront-ils un jour réunis en France?	307
ANNEXE 3	L'ONDAM: expression des blocages issus de la fragmentation de la régulation de l'offre de soins.....	313
BIBLIOGRAPHIE		321