

LES CONSTATS, LE DIAGNOSTIC SUR NOTRE SYSTEME DE SANTE

Face à des besoins de financement croissants et non satisfaits, la pérennité du financement de la sécurité sociale et notamment de l'assurance maladie n'apparaît plus assurée.

Depuis plus de deux décennies, l'équilibre financier de la branche maladie de la sécurité sociale n'est plus assuré. Le financement public de la branche maladie n'a cessé de se complexifier au fil du temps : le principe d'un partage de la charge du financement des dépenses socialisées d'assurance maladie entre salariés et employeurs, socle du consensus de 1945 qui a présidé à l'institution de la Sécurité sociale en France apparaît de plus en plus fragilisé.

Dans ce contexte, le financement de la Sécurité sociale doit faire à un triple enjeu, garantir une maîtrise des dépenses tout en élargissant l'assiette des contributions sans pénaliser les ménages.

Le système nécessite une action sur les recettes qui a jusque là manqué d'ambition.

Derrière l'effort affiché de réduction des niches sociales, il apparaît en réalité que la perte de recettes pour les finances publiques s'est accrue de près d'un milliard d'euros dans les trois dernières années. Les différents gouvernements ont refusé ces dernières années d'augmenter les recettes portant sur les salaires tout en utilisant des moyens détournés pénalisant les ménages.

Il en va ainsi naturellement de l'alourdissement sans précédent de la taxation des mutuelles, de l'ordre de 3,5 Md€ depuis 2008. Cette augmentation des prélèvements, accompagnée dans le même temps de plusieurs vagues de transfert de prises en charge de l'assurance maladie obligatoire à l'assurance maladie complémentaire, aura eu pour effet une augmentation des coûts d'adhésion, pesant ainsi directement sur le revenu des ménages et faisant naître le risque d'une sortie de la protection complémentaire et par suite d'une démutualisation et d'une dégradation du niveau général de la protection sociale maladie.

La recherche d'économies, thème répandu dans le débat public, ne peut par ailleurs à elle seule résorber les déficits... Il faudra donc chercher des ressources nouvelles. Sans doute, faudrait-il commencer par réduire les « niches sociales », notamment pour l'ensemble de celles dont l'efficacité n'est pas démontrée. Mais au-delà, l'enjeu sera de revenir à la généralité du prélèvement sur tous les revenus acquis en contrepartie ou à l'occasion du travail, en répartissant équitablement cette charge entre employeurs et ménages.

A cet égard, le recours à des instruments de financement solides, reposant sur des assiettes larges, telles que la CSG et la CRDS offrent des garanties de rendement qui rendent leur mobilisation inévitable. De même, conclure la réflexion sur l'extension des assiettes mobilisées pour le financement de la protection sociale est devenu indispensable.

Ce système de santé vit, s'adapte, se modernise mais doit affronter une série de problèmes cruciaux.

Le système de santé ne doit pas seulement faire face à un manque de financement. Parmi ses difficultés, au tout premier plan, vient celle de sa confrontation à l'exigence permanente de justice et d'égalité, avec en toile de fond celle de son adaptation au défi de l'efficacité. Comment donner la possibilité à tous d'accéder à des soins de qualité, à un coût

raisonné, alors que se multiplient les signes d'affaiblissement, voire de remise en cause, de la solidarité qui caractérise notre système de prise en charge socialisée des risques en matière de santé ?

La Mutualité française constate que ces difficultés touchent des aspects clés du système de santé :

- la prise en charge socialisée des dépenses de santé,
- l'accès aux soins et leur efficience,
- la sécurité du médicament et sa juste consommation,
- l'intégration des enjeux de santé aux sphères du travail ou de la perte d'autonomie.

En dépit d'une large diffusion de la couverture maladie, des restes à charge élevés pèsent sur les ménages qui nécessitent une amélioration de la prise en charge socialisée des dépenses

L'élargissement de la couverture maladie n'exclut pas un défaut de continuité des garanties, de fortes inégalités d'accès. Ainsi, des populations ou des situations de vie continuent à passer au travers des mailles du filet de la protection maladie complémentaire. Or, l'absence de protection complémentaire joue un rôle déterminant dans le renoncement aux soins. De plus, en dépit de l'extension de la protection complémentaire, des restes à charge élevés pèsent sur les ménages. Alors qu'il était relativement stable sur longue période, le taux de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des dépenses de santé a significativement diminué depuis 2004.

Il en résulte une augmentation conséquente du reste à charge global des ménages, de 1,5 points entre 2004 et 2008, découlant :

- de la multiplication des **mesures visant à augmenter la participation financière des patients** (participations forfaitaires, majorations de tickets modérateurs pour consultations hors du parcours de soin coordonné, augmentation du forfait journalier à l'hôpital, institution de franchises annuelles sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires),
- mais aussi de **l'augmentation sans précédent des dépassements d'honoraires** facturés aux patients. Ces derniers ont en effet progressé de 5,5 % par an en euros constants entre 1990 et 2006, au point de constituer, en 2008, l'une des postes de dépenses des mutuelles connaissant la plus forte augmentation.

Particulièrement visible dans le secteur des soins de ville, ce repli de l'assurance maladie obligatoire concerne tout autant l'hôpital, où s'observe une réduction insidieuse de la part des soins hospitaliers pris en charge par l'assurance maladie, même si celle-ci reste nettement majoritaire.

Au final, en quelques décennies, **la dépense restant à la charge des patients a plus que doublé**, évoluant, selon l'IRDES de 1085 € en moyenne annuelle en 1980, à 2234 € par an et par personne en euros constants.

Dans ce contexte, le rôle protecteur de l'assurance maladie complémentaire n'a sans doute jamais été aussi crucial. Pourtant, les aides publiques au financement de la couverture maladie complémentaire apparaissent très perfectibles... Les aides destinées aux plus démunis présentent le défaut de la complexité, entraînant des difficultés pour faire valoir ses droits, en l'absence de tout dispositif structuré d'aide à leur orientation. Quant aux aides publiques destinées aux couvertures collectives, leur défaut vient du caractère inéquitable de certaines aides, entraînant une situation frappante d'inégalités entre secteurs d'activité et situations professionnelles, au détriment des moins bien insérés sur le marché du travail. Enfin, on peut regretter que ces aides ne soient pas mobilisées au service de l'amélioration de l'efficacité du système de santé : les différents dispositifs publics d'incitation à la souscription d'une couverture complémentaire santé ne sont pas toujours assortis de contreparties ou soumis à une conditionnalité qui garantirait que les contrats bénéficiant de

ces aides s'intègrent à la démarche de recherche des meilleures prestations au meilleur coût.

Dans tous les secteurs de santé, se pose la question de l'efficience...

Pour l'hôpital, en dépit d'une situation très contrastée, la recherche de l'efficience tend à devenir un objectif de premier plan. Les travaux de l'IGAS comme ceux de la Cour des comptes ont à maintes reprises établi la très forte disparité de performances entre établissements, y compris pour des hôpitaux de tailles comparables, placées dans des situations analogues. La diversité des situations financières des hôpitaux dans le contexte de la mise en place de la T2A en témoigne amplement. La très forte disparité des performances indique que des progrès sont possibles dans au moins une discipline dans tous les établissements.

En ville, de nombreux gains semblent possibles : les possibilités d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients à un coût maîtrisé y sont nombreuses. Celles-ci concernent en premier lieu les modalités pratiques d'exercice des professions de santé. Il en va ainsi de l'exercice en groupe, plébiscité par les nouvelles générations de médecins, mais dont la diffusion tarde, en raison des coûts liés ou de certaines difficultés administratives. Des situations de sous-efficience résultent aussi de l'absence d'adaptation de dispositifs conventionnels ou de retard pris dans la modernisation des nomenclatures techniques applicables. Exemple principal de ce cas de figure, la situation des soins dentaires effectués par les chirurgiens-dentistes libéraux

Au croisement de l'hôpital et de la médecine en ville, il faut remédier également à des prises en charge défailtantes. Pour l'organisation de la permanence des soins par exemple, la dualité des offres visant à répondre à des besoins urgents et non-planifiés persiste, se caractérisant par un cloisonnement des dispositifs, une grande complexité d'organisation, voire des frictions. L'ensemble favorise un recours massif et non-maîtrisé aux urgences hospitalières, tandis que le coût de l'organisation d'une permanence des soins en ville, localement parfois défailtante, a explosé. Plus concrètement encore, le processus de sortie d'hospitalisation génère de nombreuses difficultés pour les assurés : correcte compréhension des prescriptions, recherche de structures d'aval ou de soins de suite en offre libérale, reprise de contact avec le médecin traitant...

De trop nombreuses situations de rentes de causes diverses, entraînent nécessairement des situations de sous-efficience, voire de gaspillages de dépenses socialisées, en ce qu'elles sont alors consacrées au financement de prestations, dispositifs ou produits médicaux peu justifiées, voire inutiles ou encore surdotées.

... et la question de l'accès aux soins.

Les conditions de l'égal accès aux soins sur le territoire, alors même que sont constatées des inégalités territoriales persistantes, doivent s'imposer. Sur ce sujet d'importance majeure, en ce qu'il touche très directement au respect du principe de portée constitutionnelle d'égal accès à la santé, l'action des pouvoirs publics et des parties prenantes du système de santé semble en panne.

Si l'on souhaite que l'accès aux soins soit ouvert à tous dans des conditions aussi égales que possible, la maîtrise de la formation des coûts de la santé s'impose. Concernant les tarifs des soins hospitaliers, il est paradoxal que les seuls établissements pouvant garantir l'absence de dépassements d'honoraires voient leur développement entravé par le caractère inadapté du statut de leur professionnels de santé. La rénovation du statut des médecins exerçant dans des Etablissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) apparaît ainsi comme une priorité. En ville, la diversification des modes de rémunération est devenue progressivement un objectif majeur, notamment avec la dernière convention médicale du 26 juillet 2011, qui prévoit une architecture de rémunération reposant sur trois piliers : le paiement à l'acte, le forfait et la rémunération à la performance sur objectifs de santé publique. Cette « nouvelle » structure reflète en réalité surtout les changements intervenus depuis plusieurs années, mais jusqu'ici, et dans l'attente d'un premier bilan des mesures les plus récentes, la multiplication des sources de rémunération n'a cependant pas

permis de constater une amélioration générale de la qualité des soins prodigués, ni entraîné d'amélioration de l'accessibilité financière et géographique des soins de ville. La structure de rémunération des médecins doit évoluer, pour intégrer des préoccupations de qualité et d'encadrement des pratiques tarifaires.

Améliorer l'organisation des soins passe par une réelle capacité d'action non seulement de l'assureur principal qu'est l'assurance maladie mais aussi mutuelles. Les pouvoirs publics ont laissé s'installer la remise en cause voire la disparition de l'opposabilité des tarifs pour un nombre de plus en plus important de spécialités ou de secteurs de l'offre de soins. Dès lors, pour continuer à garantir un accès aux soins pour tous dans des conditions de qualité et de maîtrise des restes à charge, les opérateurs de la complémentaire santé, au premier rang desquels figurent les mutuelles, ont besoin d'intervenir sur l'orientation des parcours et l'organisation des soins. Mais la mise en œuvre de cette orientation, qui implique une différenciation du niveau de prestations servies entre offreurs de soins, selon qu'ils sont conventionnés ou non, s'est heurtée à des obstacles juridiques, opposés de manière spécifique aux seules mutuelles. Pour les soins de ville comme hospitaliers, il est impératif de restaurer la capacité d'action des mutuelles.

Le secteur du médicament est confronté à l'exigence de sécurité et au souci d'une juste consommation.

Les caractéristiques singulières de la consommation et de la prescription de médicaments en France sont connues de longue date. Les médicaments représentent 36 Md€ de dépenses, soit 20 % de la consommation de biens et services médicaux. Cette situation s'explique par un volume de consommation individuel de médicaments très élevé, pour toutes classes de médicaments, par rapport aux niveaux constatés à l'étranger. Elle résulte également de la préférence des prescripteurs comme des patients pour des médicaments récents et coûteux, alors que les prix unitaires de l'ensemble médicaments sur le marché apparaissent davantage maîtrisés que par le passé. Ce phénomène explique les difficultés à percevoir les dividendes d'une politique de maîtrise des tarifs unitaires des médicaments.

Quoique bien connu, cet état des lieux n'a pas pour autant entraîné une rénovation des politiques du médicament. Les défaillances sérieuses du circuit du médicament dans l'affaire du Médiateur ® ont douloureusement rappelé les risques associés à l'immobilisme en la matière. Le circuit administratif de mise sur le marché, comme la détermination du taux de remboursement et la fixation du prix des médicaments sont inadaptés. On constate notamment que l'efficacité médico-économique ne préside pas à l'admission au remboursement et à la fixation du prix. Mais le Médiateur ® pourrait aussi être un facteur de changement dans *une politique européenne davantage préoccupée jusque là de poursuivre un objectif d'amélioration de la compétitivité de l'industrie pharmaceutique qu'un objectif de santé publique dans l'intérêt du patient.* Dans l'intérêt de la sécurité sanitaire, il faut espérer des avancées en termes de pharmacovigilance en Europe.

Les politiques conduites n'ont enfin pas suffisamment associé l'ensemble des parties prenantes, or la diffusion de génériques notamment gagnerait en efficacité en impliquant de nouveaux acteurs, pharmaciens et financeurs complémentaires.

Le développement du système de santé doit intégrer les enjeux de santé et de prévention dans l'environnement de vie et de travail

Les actions de prévention et d'éducation thérapeutique présentent un intérêt majeur, de la petite enfance aux âges de risque de perte d'autonomie. Elles permettent d'éviter la mortalité prématurée, qui représente environ un décès sur cinq en France :

- au moyen d'une action sur les principaux facteurs de décès évitables (tabac, alcool, déséquilibres nutritionnels, risques psycho-sociaux, pollution atmosphérique urbaine...),
- en évitant la survenance de certaines pathologies, notamment certains cancers ou d'empêcher l'aggravation de maladies chroniques (diabète, maladie d'Alzheimer...).

Pourtant, cet intérêt majeur est souvent occulté par des considérations de gestion à court terme du système de santé, ainsi que par le poids du soin dans nos représentations et par un sous-investissement dans le domaine de la prévention. Beaucoup reste également à faire, notamment pour mieux connaître le poids des facteurs environnementaux (exposition à des produits chimiques, pollution automobile, facteurs d'allergies...). De même, l'offre d'éducation thérapeutique se trouve aujourd'hui concentrée à l'hôpital et mériterait que d'autres opérateurs soient davantage impliqués. Elle doit aussi trouver son financement.

La santé au travail a connu des résultats mitigés et doit faire face à l'émergence de nouveaux risques. La prévalence des maladies professionnelles (TMS, pathologie liées à l'amiante, exposition aux risques chimiques, risques psycho-sociaux...) a plus que quadruplé ces quinze dernières années, sans que les dispositifs de prévention et de prise en charge ne connaissent d'adaptations majeures.

Les enjeux liés à la dépense sanitaire, à l'hébergement et à la solvabilisation des personnes en situation de perte d'autonomie et ceux relatifs à la prévention de la perte d'autonomie, qui commencent à peine à être appréhendés, rencontrent directement les préoccupations du mouvement mutualiste. *Toutefois, en matière de perte d'autonomie les difficultés financières viennent souvent s'ajouter aux services insuffisants ou aux défauts d'organisation de la prise en charge.* L'absence de couverture complémentaire dépendance, qui viendrait à l'appui du dispositif public que constitue l'APA apparaît de plus en plus comme une lacune dans les mailles du filet de la protection sociale.

**

*

Ce bref diagnostic des difficultés auxquelles est confronté le système français de santé montre que les évolutions sont, non pas inexistantes, mais lentes et pas toujours en phase avec l'évolution des contextes et des besoins. Les mutuelles ont vocation à prendre toute leur part pour évoluer vers un système de santé plus juste et plus efficace, une fois son financement assuré. S'il est une certitude, c'est celle que le mouvement mutualiste ne pourra agir seul. Des solutions complètes et pérennes ne pourront ainsi venir que d'une action conjointe de l'assurance maladie, des assureurs complémentaires et des pouvoirs publics.