

Confortons notre système d'assurance maladie

MEDEF

Position du groupe de travail Santé : 02/11/2010

Sommaire

1. Le contexte : la soutenabilité du système d'assurance maladie en question page 3
2. La nécessité d'une profonde réforme structurelle du système d'assurance maladie La maîtrise des dépenses page 5
3. La maîtrise des dépenses page 8
4. La maîtrise des ressources page 21

Annexes :

1. Perspectives d'économies potentielles des dépenses de santé page 24
2. Exemples de systèmes d'assurance dans des pays de l'OCDE page 27
3. Mesures d'économies pour l'assurance maladie obligatoire proposées par l'UNOCAM page 33

Position du groupe de travail Santé

Ce document correspond à une vision à long terme des redressements à opérer dans notre système de soins et dans le système d'assurance auquel il s'adosse. En effet, on ne peut gérer 11% du PIB (2^{ème} rang des pays de l'OCDE) sans une vision systémique et économique.

Il convient de conforter notre système de santé en y introduisant des réformes courageuses au plus tôt, sans doute après les élections présidentielles de 2012. Mais il est possible que, compte tenu des déficits, des dispositions doivent être prises avant cette échéance, dans des véhicules tels que les PLFSS. Ou bien encore, s'il apparaît difficile d'annoncer une réforme dans ce domaine (compte tenu des acteurs et des mentalités), on peut imaginer des trains successifs de mesures lourdes dans les PLFSS. Le chemin de la réforme sera difficile, mais la réforme est nécessaire, réalisable et à la hauteur des enjeux (il est nécessaire de chiffrer les propositions : cf. annexe 1) Ce document doit donc également servir de base à la prise de position du Medef dans une telle éventualité.

1. Le contexte : la soutenabilité du système d'assurance maladie en question

Remarque liminaire :

On constate un « étirement » croissant dans le temps entre les contributeurs¹ et les bénéficiaires² de l'AMO, ce qui est susceptible de mettre à mal le pacte républicain fondateur du système.

L'AMO est aujourd'hui financée à 90% par les actifs et 10% par les retraités, alors que les prestations concernent 60% des actifs et 40% des retraités. Le problème de la solidarité intergénérationnelle doit être analysé sous cet angle nouveau, et en tenant compte des tendances à 10 ans (baisse des ressources des retraités, augmentation des dépenses de santé : RAC + mutuelle)

Les cotisations, qui sont des salaires différés, sont assimilables à des cotisations socialisées d'assurance. Elles représentent désormais moins de la moitié des ressources. L'impôt a pris le relais. Dès lors, le financement actuel est hybride, éloigné d'un fondement assurantiel, plus proche d'un dispositif de solidarité. L'évolution dans le temps des prestations corrobore la tendance à un fonctionnement solidaire. Dès lors ne faut-il pas en tirer les conséquences et engager une réflexion systémique ?

¹ Exercice 2009 (164 5 milliards d'euros)

- Cotisations (employeurs et salariés) : 43%
- CSG : 31%
- Impôts et taxes affectés : 9%
- Autres produits : 17%

² 5% des bénéficiaires concentrent 51% des dépenses et sont remboursés à 93% par l'AMO 64% d'entre eux sont en ALD. A l'autre extrémité, la majorité des français voit son taux de remboursement déjà faible, s'abaisser.

Si la part de l'AMO dans la charge des soins à légèrement baissée pour se stabiliser à 75% en 2009, c'est au prix d'une concertation sur les ALD et actes lourds pris en charge à taux élevé, et d'un désengagement du risque courant (taux faible).

[Projet de note – Position du groupe de travail Santé]
MEDEF

02/11/2010

- Un déficit croissant inacceptable

Le caractère inexorable de la croissance du déficit de l'assurance maladie, qui induit un report de la dette vers les générations futures, est inacceptable³. Même si la crise a accentué le déficit de la Sécurité sociale, le déficit est essentiellement structurel. Il n'est pas certain que l'on puisse attendre l'échéance de 2012 pour engager tout ou partie des réformes, car les marchés financiers sont très attentifs à l'évolution de la dette française.⁴

S'agissant des ressources, il s'explique par le fait qu'elles reposent essentiellement sur les contributions des actifs et des entreprises, sur lesquels on ne peut augmenter la pression. Il serait notamment dangereux de poursuivre les « recettes » du passé, qu'il s'agisse de prélèvements sur l'industrie du médicament ou de taxes sur les complémentaires. Dans le premier cas, notre industrie en pâlerait, et dans le second, ce serait les entreprises et les assurés⁵, avec un effet de démutualisation à la clé⁶.

S'agissant des prestations, il s'explique par l'évolution démographique, celle des techniques de santé, et le comportement des citoyens dans le cadre du système existant. S'agissant des deux domaines les plus lourds, l'hôpital et les affections de longue durée (ALD), il est urgent d'agir. Si des actions ont été engagées dans le premier cas, on constate un attentisme regrettable dans le deuxième cas.

- Solidarité, mutualisation, équité

Il faut prendre garde à l'effet de cisaillement croissant entre ceux qui apportent les ressources, et ceux qui bénéficient du système. Les ressources sont concentrées sur les actifs, les dépenses sur les retraités âgés. Si l'on ne prend pas garde à cela, on peut détourner des franges de la population de participer à la mutualisation (en AMO et AMC), nécessaire pour le système comme pour eux. La solidarité doit être bien réfléchie, et ne pas se focaliser sur cette intergénérationnelle, alors que les données démographiques ont changé le contexte, si l'on veut refonder un système équitable et donc acceptable.

- Le besoin de visibilité dans le temps

La priorité ne réside pas dans un plan de maîtrise des dépenses, mais dans un plan d'optimisation de l'offre de soins, ce qui conduira à une amélioration de l'efficacité des soins à moindre coût. L'offre – dans notre système où elle est solvabilisée – doit nécessairement être encadrée, afin d'éviter les dérives que l'on connaît. Pour cela, il faut :

- Hiérarchiser l'offre de soins (faire intervenir les professionnels de soins au juste niveau où ils apportent le meilleur rapport efficacité / coût)⁷

³ Le déficit de la branche maladie (CNAM-TS) en 2009 s'élèvera à 10,6 milliards d'euros.

Ce déficit s'élèvera à environ 11,4 milliards d'euros en 2010 (hypothèse favorable)

Le gouvernement a pris des dispositions en vue de limiter le déficit 2011 au même niveau. Les hypothèses sont cependant optimistes et laissent prévoir un montant plus élevé en l'absence d'autres dispositions.

⁴ Les mesures de stabilisation pour 2010 issues du rapport de Raoul Briet (800 millions d'euros), tout comme les orientations pour l'ONDAM 2011 (renouvellement du déficit à au moins 13 milliards d'euros) risquent de ne pas convaincre les marchés.

⁵ Les entreprises et les salariés qui cofinancent les couvertures collectives, et les seuls salariés en surcomplémentaire ou en couverture individuelle.

⁶ Risque d'éviction par les prix des ménages les plus modestes et de résiliation des jeunes et des bien portants

⁷ On constate aujourd'hui que le rôle des médecins, infirmiers, etc. dépend de la densité d'offre dans les régions françaises, ce qui n'est pas acceptable.

02/11/2010

[Projet de note – Position du groupe de travail Santé]
MEDEF

- Eviter la dispersion des pratiques, en imposant des normes (tant à l'hôpital qu'en médecine de ville). Pour cela, la HAS doit absolument produire les référentiels pertinents que l'on attend.
- Eviter de confondre la justification médicale et celle sociale dans les prises en charge.

Pour être efficace, le système doit engager la responsabilité des acteurs concernés. Il faut donc bannir les dispositions qui consistent à réduire les déficits systématiques des uns par les prélèvements sur les autres acteurs (les AMC, l'industrie du médicament, etc....). C'est donc bien une vision d'ensemble, coopérative et durable, qu'il convient d'adopter.

Au-delà de l'exercice récurrent de court terme du PLFSS (mesures morcelées), il est indispensable d'avoir une vision globale de l'économie du système de santé en termes de dépenses (hôpital, médecine de ville, ...) et en termes de couverture (régimes de base, couverture complémentaire, reste à charge net des ménages)^a. Pour agir efficacement, il faut que cette vision soit claire et stable

Nombre de mesures potentiellement efficaces sont régulièrement annoncées. Nous demandons leur suivi et leur évaluation systématiques.

2. La nécessité d'une profonde réforme structurelle du système d'assurance maladie

Le contexte et son évolution militent clairement en faveur d'une profonde réforme structurelle qui doit être préparée dès à présent, et mise en œuvre au plus tôt. Le leitmotiv doit être l'efficacité, c'est-à-dire soigner au moins aussi bien, à moindre coût. On ne peut plus donner du temps au temps. Il est indispensable que les pouvoirs publics aient le courage de faire les réformes qui s'imposent, à la hauteur des défis. Beaucoup d'orientations, d'inflexions, d'expérimentations lancées par l'Assurance maladie vont dans le bon sens ; il faut alors généraliser, imposer, et mettre en pratique dans les plus brefs délais car il y a urgence. Il faut faire cela sans superposer les couches de réformes, et en évitant des orientations contradictoires entre ces couches.

Nous proposons d'orienter ces réformes selon les axes suivants :

a) La gouvernance :

- L'un des problèmes très lourds est celui de l'hôpital, qui mériterait des réformes profondes et rapides, ce qui est rendu très difficile du fait que l'Etat est à la fois gestionnaire (de l'hôpital public) et le régulateur (public / privé). Il faut séparer ces fonctions (par exemple en « sortant » le régulateur de l'Etat).
- Il est indispensable que l'Etat et le Parlement proposent un « business plan » démontrant de façon chiffrée le retour à l'équilibre. L'impact des mesures proposées doit systématiquement être chiffré, et être à la hauteur des déficits à résorber.
- Les plans de mesures doivent être transmis à l'avance aux partenaires sociaux, afin d'être analysés. Les propositions de ces derniers doivent être mises sur la table et étudiées.

^a La démarche est en cours grâce aux projets de mise en commun des données de santé, portés par l'IDS, auquel contribuent les AMC

[Projet de note – Position du groupe de travail Santé]
MEDEF

02/11/2010

- Les réformes engagées doivent entrer dans la réalité au plus tôt : les décrets, référentiels et autres textes nécessaires à leur application doivent être accélérés.

b) Affirmer le principe d'équilibre des recettes et des dépenses :

- Il faut s'obliger à l'équilibre pluriannuel des dépenses et des ressources. Cet équilibre repose d'abord sur la maîtrise des dépenses puis sur une adéquation raisonnée des ressources. Si de nouvelles ressources s'avéraient nécessaires, il faudrait les choisir de manière à ne pas accroître « l'étirement » entre les contributeurs et les bénéficiaires, signalé dans la remarque préliminaire.
- S'agissant des prestations, il s'agit de contenir leur évolution, en responsabilisant nos concitoyens lorsque cela a du sens. Nous pensons qu'il convient de disjoindre les approches économiques de celles médicales, visant à contenir les dépenses et les prestations. Aussi, nous proposons ici un premier dispositif purement économique ; nous proposons infra d'autres dispositifs médicalisés (cf. chapitre 3 de ce rapport).
- Même si les entreprises ne nient pas leur engagement en faveur de la santé des salariés, un poids exagéré des cotisations (et leur perspective de croissance) ne favorise pas le travail en France, et nuit à la compétitivité des entreprises françaises. Il serait plus équitable que la contribution ait l'assiette la plus large possible, assortie d'un taux de taxation modéré. Une telle réforme du mode de financement s'accompagnerait d'une baisse des cotisations des entreprises et des salariés (cf. chapitre 4 de ce rapport).

c) Définir les priorités :

L'analyse des systèmes fonctionnant dans d'autres pays développés, et l'analyse des réformes récentes au sein de l'Union Européenne démontrent qu'avant d'aborder la question des ressources, il faut s'obliger à réformer le système de santé pour le rendre plus efficient et mieux maîtriser la dépense. La recherche d'efficience dans les différents postes de dépenses est le seul moyen de préserver voire de manière qui peut paraître surprenante, d'améliorer la qualité des soins (cas du respect de référentiels professionnels, par exemple, qui en s'attaquant aux disparités professionnelles non fondées, contribuent à encadrer la dépenses tout en améliorant la qualité des soins dispensés). Il est possible de dépenser moins en soignant mieux. Cela s'est fait ailleurs, cela est possible en France. Lorsqu'on se livre à l'exercice de chiffrage de ce qui est possible, on en arrive à un ordre de grandeur semblable à celui du déficit actuel (cf. annexe 1). C'est donc un enjeu tel que nous en faisons la première priorité (cf. chapitre 3 de ce rapport).⁹

Dans un second temps, il faut s'interroger sur les principes de fonctionnement de l'assurance maladie, et sur les champs respectifs de l'AMO et de l'AMC. Ici encore, des réformes sont possibles, qui permettraient de maîtriser la charge de l'AMO, et donc de maîtriser les prélèvements correspondants.

d) Assurer l'efficience médicale

L'analyse du rapport « Charges et Produits-2010 » de la CNAMTS montre des écarts de consommations, de pratiques et de coûts unitaires très importants, à tous les niveaux, sur des échantillons comparables (redressés statistiquement) : établissements de soins/acte technique, CS, etc.

⁹ On peut aussi se référer aux propositions consensuelles mais plus modeste et de plus court terme de l'UNOCAM : cf. annexe 3.

02/11/2010

[Projet de note -- Position du groupe de travail Santé]
MEDEF

Il faut tout mettre en œuvre pour favoriser la convergence tarifaire, « flécher » les bonnes pratiques, pour contraindre les mauvaises de s'amender. Il faut rendre accessible les bases objectives de comparaison (un tel outil permettrait aussi de mesurer l'efficacité relative des ARS). Cela passe par de l'information des professionnels de santé et des patients, et par des référentiels de parcours et de bonne pratique. Il est essentiel que la HAS s'engage davantage et accélère très nettement la production de référentiels que l'on attend d'elle.

Enfin, il n'en demeure pas moins que même si l'on gérait l'économie de la santé « à l'Euro utile », les dépenses de santé continueraient d'augmenter à un rythme sans doute supérieur au PIB. Nous devons donc nous projeter dans les 10 années à venir, et revoir le mode de financement de l'assurance maladie dans le cadre plus large du financement de la protection sociale (cf. chapitre 4 de ce rapport).

e) S'obliger à de bonnes pratiques

La plupart des pays de l'OCDE ont engagé des réformes courageuses et nécessaires, tant de leur système de soins, que de leur système d'assurance maladie. Beaucoup sont arrivés à des résultats significatifs (cf. annexe 2). Notre analyse est la suivante :

- Il n'existe pas de système « miracle », parfait, que nous pourrions importer tel quel dans notre pays. Cependant, il existe dans certains domaines des pratiques qui ont fait leurs preuves. Nous devons nous en inspirer et les adapter.
- L'ampleur des problèmes est telle qu'une éventuelle réforme systémique prendrait beaucoup trop de temps. Or il est urgent d'agir sur le déficit. Nous pensons qu'il est tout à fait possible d'améliorer considérablement notre système, sans changement de fond.
- Le monde évolue vite, la sphère de la santé encore plus vite. Un système, quel qu'il soit, doit s'accompagner d'un dispositif de suivi de ses performances, et être constamment adapté dans le temps.¹⁰

¹⁰ Extrait de la synthèse du Rapport de la Cour des Comptes sur la sécurité sociale de 2010

- Formaliser les règles de construction de l'ONDAM, de suivi et constat des dépenses effectives et définir de façon claire les concepts utilisés.
- Mieux définir et suivre les mesures d'économie et rendre compte de façon formalisée et régulière des dépenses et de la mise en œuvre de ces mesures.
- Prévoir des mesures d'économie en vue de compenser le cas échéant les dépassements résultant de la sous-évaluation de la base utilisée pour la construction des sous-objectifs.
- Appliquer les nouveaux tarifs annuels pour les soins hospitaliers (TZA) en début d'année (1^{er} janvier) ce qui implique d'en revoir les modalités de détermination
- Pour être plus conforme aux résultats comptables d'assurance maladie et faciliter la gestion de l'ONDAM, retenir les dépenses de l'exercice au titre de l'année et des années antérieures, lors du constat des dépenses dans le champ de l'ONDAM ;
- Présenter le constat de l'ONDAM selon les sous-objectifs définis par la LFSS, c'est-à-dire en distinguant pour les établissements de santé les dépenses relatives aux établissements tarifés à l'activité des autres dépenses, dès l'exercice 2010

02/11/2010

[Projet de note - Position du groupe de travail Santé]
MEDEF

3 - La maîtrise des dépenses

Pour progresser, il est nécessaire de s'attaquer à certains défauts de notre système de santé :

- s'agissant de l'hôpital, l'état est à la fois le régulateur et le gestionnaire. Si l'on ne sépare pas ces fonctions, il faut au moins pousser les établissements de soins à un redéploiement plus efficient.
- L'accès au système de soins est peu encadré alors même que son usage est largement solvabilisé. Il est donc indispensable de responsabiliser davantage les professionnels de soins et les usagers.

• L'hôpital doit être géré rationnellement

La réforme de l'hôpital engagée doit être poursuivie avec un rythme soutenu jusqu'à son terme. Les hôpitaux français souffrent d'un taux de recours excessif (pour des raisons sociales et par défaut d'alternatives : ambulatoire, HAD, maisons de santé, médecine de ville, etc.), et d'une productivité insuffisante. Ces deux défauts sont chiffrés objectivement dans plusieurs rapports comparant la situation dans les principaux pays européens. Il faut tout d'abord s'efforcer de rationaliser l'offre de soins des établissements de santé, publics et privés, en soins directs et soins de suite, dans chaque régime, sur des bases médico-économiques¹¹

Il faut suivre l'évolution des dépenses réelles de chaque établissement grâce à la comptabilité analytique (on peut considérer que 1/3 seulement des établissements sont à niveau), indépendamment du suivi des déficits qui masque la réalité du fait de la T2A, et il faut procéder à

¹¹ Ces données par établissement /service concernent les composantes de coût par intervention, et les critères d'efficience (critères de qualité HAS : fréquence, taux de décès, taux nosocomial, etc.) :

- La rationalisation de la carte hospitalière, qui passe notamment par la fermeture des sites en sous activité. Elle pourrait engendrer des économies significatives dans l'hypothèse où leur activité serait reportée sur les établissements les plus productifs de chaque région. Le report de l'activité sur les hôpitaux les plus productifs pourrait être assuré par une procédure d'appel d'offre pour l'autorisation de places nouvelles, organisé au niveau régional par les Agences régionales de santé (ARS), et mettant en concurrence les établissements publics et privés de chaque régions, ce qui constituerait une incitation pour l'ensemble des hôpitaux à améliorer leur efficience. En faisant cette hypothèse d'un report sur les établissements les plus productifs, les économies dégagées pourraient atteindre jusqu'à 500 millions d'euros par an au niveau national

- La recherche d'une meilleure adéquation entre mode de prise en charge et besoins des personnes : l'adaptation de l'offre et des pratiques de soins représente un potentiel considérable d'économies pour l'assurance maladie. La résorption des inadéquations dans les services de court séjour, par la prise en charge dans la structure d'aval ou dans des alternatives à l'hospitalisation complète, est de nature à améliorer la qualité des soins délivrés aux patients

Elle peut également permettre de réaliser des économies importantes du fait de la différence de coût moyen entre les modes de prise en charge en court, moyen et long séjour. Il s'agit de mieux répartir la prise en charge entre médecine de ville, établissements médicaux sociaux, hospitalisation à domicile, hôpital de jour. Il est néanmoins difficile d'estimer les gains à attendre d'une diminution des inadéquations faute d'évaluations systématiques au niveau local des inadéquations de prise en charge. Une évaluation des gains à attendre au niveau national est cependant possible en faisant l'hypothèse de 10% de journées inadéquates en médecine et psychiatrie qui pourraient être prises en charge dans des structures d'aval. Cette hypothèse est située dans la fourchette basse des estimations fournies par les études disponibles en matière d'inadéquation. L'économie nette est nette des créations de places nécessitées par résorption des inadéquations en médecine et psychiatrie.

- L'accès des usagers à ces bases de données (mises sur Internet par AMO et AMC) constitue un levier essentiel pour éclairer les malades dans leurs choix, et pour stimuler les établissements en visant les meilleures pratiques et la convergence tarifaire. Dans le même esprit, nous souhaitons une harmonisation rapide de la majorité des groupes homogènes de soins (GHS).

[Projet de note – Position du groupe de travail Santé]
MEDEF

02/11/2010

une analyse par pathologie de la justification des traitements et des dépenses (l'analyse charges et produits de la CNAM-TS montre la problématique, notamment en MCO).

Le budget hospitalier doit être à l'équilibre : une mission de service public n'exempte pas d'une bonne gestion. Hors certaines missions de service public à circonscrire, les établissements doivent être mis en concurrence sur la base de critères d'évaluation objectifs et vérifiables. Seul ce levier peut permettre de contourner la lenteur des réformes administratives. Le chapitre sur l'organisation de l'hôpital figurant dans le rapport de septembre 2009 de la Cour des Comptes sur l'application des PLFSS démontre qu'il existe des marges d'optimisation.

Malgré le fait que l'État se place exagérément au centre du nouveau système, la loi « Hôpital, patient, santé, territoires » (HPST) va dans le bon sens et constitue un premier pas, tant sous l'angle économique que médical. Il est donc indispensable que les décrets d'application soient promulgués au plus tôt pour que la loi puisse être appliquée¹². Rappelons les axes qui sont prioritaires :

- ✓ Au-delà d'une feuille de route générale, il faut mettre en place un dispositif de suivi des réformes en toute transparence (publication de comparatifs, tableaux de bord, etc.).
- ✓ Définir des missions claires de meilleure gouvernance¹³ et d'optimisation des budgets pour les directeurs des ARS (favoriser la recherche de mutualisations, d'externalisations de services périphériques de l'offre de soins¹⁴, de constitution de communautés hospitalières¹⁵ de territoire reconversion de lits d'hôpitaux en lits de soins de suite, etc.).

¹² A ce jour, un an après la promulgation de la loi, on ne dispose seulement que de la moitié des décrets d'application. Le Medef peut contribuer à l'élaboration rapide des textes efficaces qui constituent les leviers opérationnels de la réforme, à produire par la DSS

¹³ La simplification des règles d'organisation interne de l'hôpital public et le renforcement des pouvoirs et de l'autonomie du chef d'établissement sont de nature à faciliter le pilotage des hôpitaux :
- « Président du directoire », le Directeur se voit confier la pleine responsabilité de l'établissement de santé. Parmi ses nouvelles attributions figure la fixation du budget.
- Le conseil d'administration est remplacé par un « conseil de surveillance », dont les compétences sont recentrées sur la définition de principes, d'orientations et des fonctions de contrôle.

¹⁴ Si le MEDEF a approuvé le rapport HCAAM sur l'hôpital, il l'a néanmoins estimé trop timide sur la question de l'externalisation des services périphériques de l'offre de soins. Le rapport Attali sur la croissance avait d'ailleurs posé en proposition n° 75 la nécessité d'externaliser ces services. A titre d'exemple, alors que les hôpitaux représentent le plus important segment potentiel en matière de restauration collective (1,8 milliard d'euros par an), il s'agit de l'un des marchés les moins sous-traités : 10 % contre un taux des 2/3 pour les cliniques ! En revanche, la sous-traitance serait plus répandue pour les "soft-facilities management" (nettoyage, buanderie, accueil, courrier, parkings et espaces verts, téléphonie, reprographie), soit un marché de 2,5 milliards et 370 millions pour la maintenance technique. Selon R. Holeman, Directeur d'hôpital et enseignant au Cnam (auteur de *La Fin de l'Hôpital Public*, Lamarre, 2007), 87.000 agents de la fonction publique hospitalière assurent les fonctions supports. Ces personnels des services ouvriers et techniques pèsent assez lourdement sur les budgets car ils sont 2,5 fois plus nombreux que les personnels médico-techniques chargés de faire fonctionner les plateaux techniques (manipulateurs, laborantins, kinés...). Considérant que le budget des fonctions non soignantes de l'hôpital équivaut à 30 % de son budget total, on peut en conclure que l'externalisation pourrait représenter une source d'économies de 15 % en moyenne de son budget, soit d'un point de vue macro-économique, 4,5 % de la dépense hospitalière (45 milliards d'euros) : donc 2 milliards d'€ d'économies par an.

¹⁵ Le texte favorise les regroupements d'hôpitaux en créant des « communautés hospitalières de territoire ». La loi permettra « à plusieurs établissements publics de se fédérer pour mettre en commun des ressources, dans une logique de délégation de compétences », sur le modèle des « communautés de communes ». Les regroupements pourront se faire sur la base du volontariat mais aussi, sur décision de l'État. Les directeurs des ARS pourront en effet « décider la

02/11/2010

[Projet de note - Position du groupe de travail Santé]
MEDEF

- ✓ De façon générale, séparer les mesures de court terme et celles de long terme, de façon à ne pas différer les mesures qui pourraient s'appliquer le plus rapidement avec profit.
- ✓ Gérer l'hôpital avec rigueur.¹⁶
- ✓ Orienter vers de bonnes pratiques tarifaires, en utilisant complètement les données de comptabilité analytique et en stimulant la convergence tarifaire par les comparaisons inter-établissements (publics et privés). La convergence tarifaire (public/privé) constitue un puissant levier (malheureusement reporté de 2012 à 2018 par la LFSS 2010). Sans attendre cette convergence, il est possible de limiter une partie de l'écart actuel grâce à des soins de productivité.¹⁷ La convergence tarifaire est en partie liée à la convergence vers les bonnes pratiques. Nous demandons que la HAS augmente très sensiblement son action de production de référentiels. Il faut par ailleurs résolument engager la convergence tarifaire, notamment en augmentant régulièrement le périmètre d'harmonisation des GHS.

La loi HPST jette les bases d'une organisation en réseau des établissements de soins. Il faut la généraliser :

- ✓ Coopération accrue entre public et privé.
- ✓ Coopération entre établissements de soins et médecine de ville
- ✓ Réseaux hiérarchisés combinant médecine de ville et auxiliaires de santé¹⁸

création d'une communauté » Un tel dispositif restructurera la carte hospitalière en optimisant le ratio « Qualité + Sécurité / Coût »

¹⁶ Extrait de la synthèse du Rapport de la Cour des Comptes sur la sécurité sociale de 2010

* Poursuivre la mise en œuvre des recommandations des RALFSS 2008 et 2009 et notamment

- conditionner l'attribution d'aides à la contractualisation à des actions de réorganisation interne et externe ;
- mieux intégrer les perspectives réelles d'activité dans la sélection des projets d'investissement éligibles au plan Hôpital 2012 ;
- homogénéiser les critères d'appréciation des retours sur investissement pour en généraliser l'usage.

* Sans attendre la mise en œuvre de la certification des comptes, améliorer la fiabilité des résultats comptables des hôpitaux, en mettant un terme aux pratiques des reports de charges et en imposant des normes réalistes en terme de provisionnement.

* Rendre plus performants les systèmes d'information internes pour faciliter le codage et la facturation en temps réel

* Renforcer le suivi exercé par les agences régionales de santé sur la situation financière et l'exécution des CREF / PREF des établissements de ressort.

¹⁷ Le Directeur général a souligné que, comme les dépenses des hôpitaux dans le domaine de la médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) atteignent 30 milliards d'euros, une réduction de seulement 10 % de l'écart de coûts entre le secteur public et le secteur privé engendrerait une économie de 1 milliard d'€ par an. Cela est en ligne avec la campagne actuelle de la FHP qui estime que si la convergence devait être réalisée dès 2010 sur les 50 prestataires hospitaliers les plus courantes, l'économie pour l'Assurance Maladie serait de 1,2 milliard d'euro.

¹⁸ La surconsommation en termes de visite à un médecin pour des prestations qui pourraient être réalisées par un auxiliaire de santé est une des caractéristiques de la France, que ne connaissent pas la plupart de nos voisins européens. Par exemple, le pharmacien de quartier, pourrait jouer (contractuellement) un rôle de suivi, voire de prescription encadrée, notamment pour les maladies chroniques.

Il joue (en théorie) ce rôle pour les requalifications dans l'ordonnancier bizonne des ALD, mais on pourrait renforcer la contractualisation, avec ou sans rémunération (CAPI) pour le suivi de certaines affections ou situations : maladies chroniques et ALD, personnes âgées, etc. Les gains pourraient être significatifs, notamment en médecine de ville.

La HAS pourrait être sollicitée pour intégrer dans les référentiels de bonne pratique pour le traitement de certaines maladies (chroniques et ALD), le recours à d'autres auxiliaires de santé, infirmiers, kinésithérapeutes, etc. En outre, les améliorations de qualité et de coûts que l'on peut attendre de l'organisation des soins en réseau peuvent aussi résulter

Il faut par ailleurs promouvoir les alternatives à l'hôpital : soins ambulatoires, hospitalisation à domicile, télémédecine.

Le vieillissement de la population et la paupérisation croissante possible d'une partie d'entre elle à horizon 10 ans, laisse craindre un recours encore plus excessif à l'hôpital. Une partie de la dépense réside ici encore dans une amélioration de la hiérarchisation de l'offre de soins, en orientant d'avantage vers les établissements de soins de suite et vers les établissements médicaux sociaux.

*La loi de réforme hospitalière doit être mise en application sans délai, et faire l'objet d'un suivi transparent, qui permette un pilotage optimisé de l'agenda.
Tous les moyens favorisant la convergence des bonnes pratiques et la convergence tarifaire doivent être activés.*

• Les ALD doivent être maîtrisées

En 2007, les dépenses des ALD représentent près de 80 Mds € et concentrent près de 65% des remboursements de l'assurance maladie. Le problème des ALD est au cœur de celui de l'assurance maladie : pour résoudre le problème du déficit croissant, on ne peut pas ne pas focaliser sur les ALD, et c'est une vraie question de société : le régime de base doit-il se focaliser sur les plus démunis ou sur les plus malades, ou bien doit-il appréhender l'ensemble des citoyens, l'ensemble des soins, mais en n'apportant qu'une réponse partielle, (dans les deux cas en renvoyant le reste à charge aux citoyens et aux organismes complémentaires) ?

La question est cruciale car les ALD absorbent une part de plus en plus prépondérante des dépenses d'assurance maladie : de fait la quasi-totalité de la croissance des dépenses de l'assurance maladie résulte de la croissance des dépenses des patients en ALD. Sur 63,3 millions d'assurés, 9,3 millions sont à fin 2007 en ALD, soit 15% de la population en ALD.

Le rythme d'augmentation des effectifs de personnes en ALD est élevé : l'effectif augmente de 5% par an ces dernières années¹⁹. L'augmentation de la prévalence des ALD paraît le principal facteur de croissance, loin devant le vieillissement de la population. En effet, les évolutions démographiques n'expliquent que 40% de la tendance, et le reste, 60% s'explique par une augmentation de la prévalence en ALD à un âge donné, à l'abaissement des seuils d'inclusion dans le mécanisme d'exonération (référentiels HAS : le diabète) et au mode de rémunération des médecins incitatif à la mise et au maintien en ALD. La prévalence des ALD tient à plusieurs facteurs qui auront plutôt tendance à augmenter dans le futur²⁰.

de la mise en œuvre de plateformes médicalisées de « coaching » pour certaines affections chroniques, en matière de prévention, et de détection précoce des affections ou inflexions pathologiques pour les personnes à risque

¹⁹ Le nombre de patients admis en ALD augmente beaucoup plus rapidement (5.3% /an) que la population globale (1.3%). Ce taux était à 5.9% entre 1994 et 2004. Il a un peu diminué en 2005 et 2006, mais a nouveau augmenté depuis 2007. La population de personnes en ALD pourrait augmenter de 20% d'ici 2012, pour atteindre 12 millions, d'autant que la structure de la population des assurés évolue au profit des ALD. Notons que quatre groupes d'affections sur les trois concernent ¾ des personnes en ALD et sont à l'origine de l'essentiel de la croissance (maladie cardio-vasculaires, le cancer, le diabète et les affections psychiatriques). Du fait du développement des poly pathologies, le nombre d'ALD croît plus vite que le nombre d'ALD. La durée de vie, de même que l'âge moyen des bénéficiaires, augmentent.

²⁰ - Les évolutions épidémiologiques (exemple : le diabète)
- La reconnaissance plus rapide de la maladie
- La profusion à proposer l'admission des patients en ALD, notamment en raison de l'augmentation du coût des traitements.

02/11/2010

[Projet de note – Position du groupe de travail Santé]
MEDEF

Il résulte de cette croissance des ALD, que leur poids dans les dépenses de santé augmente de un point par an (on prévoit de passer, à iso-système, de 65% des dépenses en ALD en 2007 à 69% en 2011). Les facteurs explicatifs, ici encore, seront en croissance²¹. Il est important de noter que l'intensification des soins délivrés aux ALD a un impact particulièrement sensible en médecine de ville. Globalement les ALD expliqueront 89% de l'augmentation des dépenses²².

Ainsi, la problématique de l'assurance maladie devrait continuer à être polarisée par les ALD, du fait de l'augmentation du nombre et du coût unitaire.

Il est indispensable de revenir à une vision claire des ALD, c'est-à-dire sur les bases prioritaires de critères médicaux objectifs, et ensuite en prenant en compte certains aspects sociaux. Le HCAM, puis la HAS, doivent définir des orientations claires, notamment sur les points suivants

- Différenciation maladie chronique /ALD par des critères objectifs pertinents.
- Encadrement du suivi (prévention, dépistage, care-management des facteurs d'aggravation, traitement) tant pour les maladies chroniques que pour les ALD (et répartition optimale des rôles entre les acteurs), de manière à encourager le dépistage et la surveillance précoce, sans nécessairement entrer en ALD.

Il est indispensable et possible de contenir les ALD, en ajustant les critères médicaux (entrée, sortie, interruption,...). Il est indispensable et urgent que le HCAAM propose une orientation. Il est nécessaire de revenir à une situation plus normale (le taux de 15% de la population en ALD n'est comparable à aucun autre exemple dans l'Union Européenne). Les modalités d'entrée en ALD doivent être plus strictement définies par la HAS, ainsi que l'encadrement des parcours de soins et des traitements correspondants.

Les référentiels de la HAS peuvent encore être améliorés en termes de segmentation des pathologies, ce qui permettrait de diminuer les flux entrants. Il est nécessaire d'exploiter les données économiques sur les ALD du tableau (T30), montrant soit des hétérogénéités au sein d'une ALD (auquel cas, il faut scinder l'ALD), soit des corrélations fortes entre certaines ALD (auquel cas il faut les regrouper). Dans le premier cas, il est possible d'identifier des sous-catégories qui ne relèvent pas vraiment de l'ALD (phase

- La plus grande efficacité des traitements qui conduit à allonger la vie des malades, et aussi à une augmentation des effectifs en ALD.

- ²¹ - L'intensification des soins dispensés aux patients relevant de pathologies lourdes et chroniques tire les dépenses à la hausse.
- Le coût moyen annuel de chaque ALD varie de 3 400 € à 26 500 €
 - A l'intérieur de chaque ALD, la dispersion des remboursements annuels est connue, avec des rapports entre le 1er et le 9ème décile allant de 15 à 479
- ²² - La contribution à la croissance des dépenses d'assurance maladie sur la période 2007-2011 (89% ALD, 11% non ALD pour l'ONDAM) s'explique aussi
- soins de ville 95% ALD (dont médicaments 100%)
 - hôpitaux et médico-social 81% ALD

Le taux de prise en charge par les régimes de base est de 94.3% contre 78.4% pour les non ALD. L'exonération ALD permet ainsi de bénéficier d'une prise en charge à un taux plus élevé de 16 points. L'avantage est faible pour les soins hospitaliers, mais considérables pour les soins de ville. De fait, l'exonération ALD ne joue pleinement que sur les soins de ville qui représentent 40% des soins concernés par les ALD. En conséquence, l'exonération représente seulement 10% des dépenses remboursées aux bénéficiaires du régime ALD.

Illustrons ce constat d'une part toujours plus importante des dépenses consacrées à la prise en charge de maladies lourdes et chroniques :

- Patients cardiovasculaires : 23 Md €, +22% (3 ans), 9000€ / patient
- Cancers : 17 Md €, +11% (3 ans), 10000 € / patient
- Affection psychiatriques graves : 13 Md €, +15% (3 ans), 14000 € / patient
- ...

[Projet de note – Position du groupe de travail Santé]
MEDEF

02/11/2010

« facteurs de risques », phase maladie chronique à traiter par la prévention et le « disease management », etc.) Dans le deuxième cas, on s'aperçoit qu'il y a souvent surconsommation médicale du fait que le patient et les professionnels de santé interviennent sans coordination sur les différents aspects pathologiques. La consultation obligatoire de l'historique des remboursements pour bénéficier de l'exonération du ticket modérateur serait un progrès médical (santé publique : iatrogénie et observance), de surcroît générateur d'économies ; même limitée dans un premier temps aux bénéficiaires d'ALD supérieurs à un âge déterminé ou polymédiqués

La notion d'interruption n'est par ailleurs plus tabou pour certaines pathologies, même graves, du fait des progrès techniques, et serait plutôt bien ressentie des malades eux-mêmes. D'autres mécanismes pourraient en outre être proposés :

- ✓ Nous sommes favorables à la détection et au suivi précoce de pathologies qui pourraient ultérieurement donner lieu à ALD. Les seuils de mesure des facteurs de risques peuvent être abaissés dans cet esprit. Mais ils ne doivent pas être confondus avec les seuils d'entrée en ALD. Un dispositif particulier, hors ALD, doit être mis en œuvre pour ces malades. Il faut déconnecter les aspects médicaux et économiques de la prise en charge des patients en ALD.
- ✓ Il convient d'envisager des mécanismes de capitation (type CAPI) pour les ALD (sur la base de référentiels à mettre au point par la HAS). Le mécanisme CAPI doit intégrer des critères d'entrée en ALD. La rémunération du médecin doit être vertueuse et non perverse.
- ✓ Il est indispensable de renforcer les limites d'exonération des ALD (notamment par contrôle amont renforcé de l'ordonnancier bizonne).

Il ne faut pas attendre pour réformer les règles définissant les entrées / sorties du régime des ALD Il faut pour cela demander à la HAS de mettre à jour très rapidement les référentiels, dans le sens du resserrement. Des économies importantes peuvent en être attendues, sans qu'il y ait préjudice aux fondamentaux du dispositif. Il est en particulier nécessaire de sortir des ALD tout ce qui est relatif au suivi des facteurs de risque qui doit être traité autrement.

- **La médecine de ville doit être mieux encadrée**
- Nous ne voulons pas d'une médecine administrée qui conduirait, comme dans certains pays, à une médecine à deux vitesses. La médecine doit rester libérale, mais elle doit évoluer et accepter (par la négociation conventionnelle) de nouvelles règles du jeu en contrepartie. Si l'on veut éviter une crise de la démographie de l'offre, avec l'accroissement de déséquilibres entre spécialités et l'approfondissement de déserts médicaux, il faut que les actes soient correctement rémunérés, ce qui n'est évidemment pas le cas pour les généralistes (comparons 23€ à d'autres prestations !)
- Dans l'esprit d'une organisation optimisée des soins en réseau, il est souhaitable, à l'instar de ce qui existe dans d'autres pays, d'organiser des transferts de compétence entre les médecins (généralistes et spécialistes) vers d'autres professionnels et auxiliaires de santé lorsque c'est justifié, sur la base d'un référentiel à établir par la HAS (par exemple orthoptistes et opticiens). La création de maisons de santé devrait faire appel à l'esprit entrepreneurial du médecin (promotion de l'efficience).

- Dans le même esprit, il faut développer avec volontarisme ce qui peut diminuer le recours à l'hôpital, notamment l'ambulatoire /HAD²³ et les maisons de santé²⁴. Nous souhaitons que cela constitue l'un des axes d'effort des ARS.
- S'agissant de la médecine de ville, nous sommes confrontés à une inflation en nombre (surconsommation non coordonnée sans utilité avérée) et à une inflation en montant (avec notamment la problématique des dépassements d'honoraires). La régulation de l'inflation en nombre peut s'opérer « par le bas » (dispositif de franchises), et « par le haut » (dispositif de plafonds). La voie des franchises, dont on sait qu'elle est efficace, mériterait d'être approfondie, même si elle est mal tolérée par les français.
- S'agissant des dépassements d'honoraires, nous demandons que le projet de réforme, la création d'un secteur optionnel encadré, soit mené à son terme. Les assureurs complémentaires qui sont pour l'essentiel les payeurs, s'ils pouvaient disposer des informations du régime de base, pourraient proposer aux assurés, en phase avec l'assurance Maladie, des informations qui leur permettraient un meilleur discernement.
- Dans un système solvabilisé comme le nôtre, on ne peut admettre que la médecine libérale ne soit pas responsabilisée. La règle du « tact et mesure » est respectée dans l'ensemble, mais il faut prendre des mesures lorsque les dépassements sont injustifiés et exagérés²⁵. Ces mesures doivent être pesées en appréhendant non seulement le coût de la consultation ou de l'acte, mais aussi le coût de la suite d'actes qui en résulte. Il convient de stimuler activement les contrats « CAPI ».
- Le développement de la logique du paiement à la performance : les gains financiers liés à la mise en œuvre d'un système de primes dont le versement dépendrait de la modération des prescriptions sont considérables. Les gains nets cumulés par rapport à un scénario tendanciel d'ici 2018 sont estimés de l'ordre de 5 milliards d'Euros. La mise en place du programme d'évolution des pratiques et des « CAPI » (Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles) depuis juin 2009 va d'ores et déjà dans cette direction. Pour démultiplier leur effet, l'ambition des CAPI pourrait être rehaussée, incluant un nombre d'objectifs, plus divers et plus importants moyennant une rémunération plus attractive.
- Les prescriptions des médecins doivent être d'avantage encadrées (médicaments, biologie, radiologie, kinésithérapie, arrêts de travail...). L'analyse du rapport « charges et produits » de la CNAM-TS montre en effet une grande dispersion (après redressement statistique de la patientèle).
Cet encadrement peut combiner :
 - D'avantage d'information et de dialogue
 - Des référentiels (HAS)
 - Des avertissements lorsque le comportement s'éloigne significativement de la moyenne pertinente.

²³ Il convient naturellement de vérifier que, pour des pathologies bien identifiées, la HAD se substitue à l'hospitalisation, et non pas à des soins possibles en médecine de ville. Il faut par exemple, favoriser la HAD pour certaines chimiothérapies (voie orale) ou ambulatoire pour la dialyse péritonéale.

²⁴ Les textes existent, et le mouvement est lancé, mais il est trop lent. Or cette solution a du sens par rapport à l'évolution de la démographie médicale, et par rapport aux « déserts médicaux ». Il faut donc l'encourager, non pas tant financièrement que par une aide organisationnelle.

²⁵ Corrélativement, il est indispensable de revoir la tarification des actes des spécialistes, qui est devenue irréaliste dans un certain nombre de cas.

[Projet de note – Position du groupe de travail Santé]
MEDEF

02/11/2010

- Comme pour les établissements de soins, il est nécessaire de favoriser la responsabilisation des acteurs par une certaine dose de mise en concurrence des professionnels de santé, sur la qualité et le coût de leurs prestations. Ceci peut se faire en rendant accessible au public les bases de données dont dispose l'AMO.
- Le projet de « bouclier sanitaire » qui vise à traiter le problème du RAC²⁶ au-delà des ALD, repose sur un dispositif de prise en charge au-delà d'un certain plafond (modulé en fonction des ressources), les prestations continuant à être soumises au Ticket Modérateur (TM). Ce dispositif permettrait un pilotage à double commande (plafond, Ticket Modérateur). Il a prouvé une certaine efficacité en Belgique et en Allemagne.

Notre position sur le bouclier sanitaire demeure toutefois très réservée pour plusieurs raisons :

- ✓ L'introduction de conditions de ressources créerait une nouvelle distorsion du système, qui aurait de plus un effet d'anti-sélection notamment chez les jeunes et les cadres.
- ✓ Les mécanismes sont encore imprécis de sorte qu'on ne peut se prononcer sur leur effet.²⁷
- ✓ Le problème des dépassements d'honoraires fausse la vision du public sur l'intérêt du dispositif, ce qui pourrait entraîner une désaffection vis-à-vis de l'assurance (anti-sélection jeunes / seniors notamment).
- ✓ La mise en œuvre soulève des questions de moyens (systèmes d'information, budget, agenda).

Au-delà de ces réserves, le MEDEF ne rejette pas par principe cette orientation à moyen terme, à la condition que cela n'occulte pas les vraies problématiques de fond à résoudre en priorité : il ne faut pas que l'éventuelle projection du bouclier sanitaire, qui ne règle que partiellement l'aspect économique (avec le dangereux curseur du plafond) n'empêche de réaliser les réformes des hôpitaux et des ALD.

Le bouclier sanitaire présente de plus un risque, notamment à court-moyen terme de désincitation des assurés à se couvrir, en souscrivant une complémentaire santé, même si cela n'est pas logiquement justifié en raison de la persistance des restes à charge (le risque de désaffiliation est d'autant plus important que le plafond est bas). On peut noter par ailleurs que le système français qui repose sur les deux piliers (base, complémentaire), aura de plus en plus besoin du second, car à long terme, il est raisonnable de penser que les français soient responsabilisés sur leur consommation via le second pilier, le premier pilier, relevant de la solidarité nationale, n'intervenant que lorsque l'assuré ne peut plus faire face, en raison de ses dépenses et de ses moyens, à sa situation médicale objectivée. Le champ, et les modalités du bouclier sanitaire devraient être aménagés en préservant l'intérêt de s'assurer pour les usagers.

L'une des solutions qui nous semble mériter d'être analysée, serait le remplacement de l'exonération de TM en ALD par un bouclier sanitaire limité aux ALD après leur réforme, un tel dispositif nous paraissant plus équitable et pilotable que l'introduction d'un TM ALD (voire d'un TM modulé en fonction des ressources) ou de franchises en ALD.

- **Le rôle des complémentaires doit être élargi**

²⁶ Par une prise en charge à 100% mieux ciblée et plus équitable

²⁷ Les propositions du rapport Briet-Fragonard (2007) sont relatives à un bouclier « assurance maladie » qui n'intègre pas les dépassements d'honoraires.

Le régime de base n'a ni les moyens, ni le temps, ni la légitimité de tout entreprendre. En visant l'intérêt général et en considérant l'urgence de la situation, il faut parvenir à une vision globale (régime obligatoire – RO et organismes complémentaires – OC), et sans doute élargir progressivement le champ des complémentaires. Il faut éviter de mettre en péril les complémentaires (par des taxes excessives par exemple), car elles apportent des solutions sur lesquelles les pouvoirs devront compter dans les années à venir (en distinguant plus nettement le champ de la solidarité et le champ mutualisation/responsabilisation).

- ✓ Les complémentaires peuvent apporter de la valeur ajoutée, notamment en matière de gestion du risque en concédant dès à présent à titre expérimental, une gestion au premier euro aux complémentaires, sur certaines prestations identifiées²⁸. Cette disposition permettrait de tester l'efficacité des complémentaires à réguler les pratiques et les dépenses.
- ✓ Le régime général pourrait concéder au secteur privé, sur la base d'un cahier des charges, l'organisation d'un dispositif de télémédecine.
- ✓ Ces dispositifs sont en plein essor dans de nombreux pays développés. Ils combinent les avancées de la technologie en télémédecine et les plateformes médicalisées. Le médecin traitant peut être intégré à la boucle.
Un tel dispositif permettrait de faire face à des problèmes de densité médicale, notamment en zone rurale. Il serait également bien adapté pour les personnes âgées, dépendantes ou handicapées. Il pourrait être expérimenté dans un premier temps pour certaines maladies chroniques très consommatrices de soins (ville et hôpital), telles que l'asthme, le diabète, certaines affections cardio-vasculaires, etc., ce qui se traduirait par une économie mesurable.
La télémédecine constitue un enjeu important, facilitant l'accès aux soins du plus grand nombre, porteuse d'une plus grande efficacité.
Il serait souhaitable de lancer rapidement des expérimentations, afin de préciser les voies de progrès et d'économie.
- ✓ Le secteur privé pourrait également participer à l'orientation médicale des assurés, ce qui correspond à une demande croissante de ceux-ci. Le régime obligatoire dispose de l'essentiel de l'information. Même s'il est possible d'imaginer que les complémentaires bâtissent leurs bases de données, il serait préférable que le RO duplique ses bases et les rende accessibles au privé sous certaines conditions²⁹.
- ✓ La vision du rapport entre la santé et l'environnement de l'homme évolueront dans les 15-20 ans qui viennent (notamment grâce à une meilleure utilisation du décryptage génomique). Une piste à long terme pourrait consister à séparer le rôle de traitement pathologique (« cure ») dévolu à l'AMO, du rôle de prévention (« care ») dévolu à l'AMC. En effet, les moyens, notamment organisationnels, se prêteraient bien à une optimisation du rôle de chaque acteur. On voit bien que les traitements lourds associés au « cure » nécessitent une approche solidaire, ce qui n'est pas le cas du « care » qui repose sur

²⁸ Il serait utile de tenter des expérimentations, non pas tant au regard de l'économie sociale, que pour tester les capacités des complémentaires à organiser le réseau de soins, en diminuant le reste à charge et en augmentant le niveau de qualité de service. Si l'expérience s'avérait probante, elle pourrait être étendue aux secteurs où l'enjeu économique est important. Le caractère désormais insupportable du déficit de l'assurance maladie devrait conduire à définir un champ plus large que celui souvent cité de l'optique et du dentaire.

Rappelons que la loi prévoit la non sélection des risques (contrat responsable) Il faut le faire savoir pour éviter toute crainte injustifiée des assurés.

²⁹ Les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) doivent accéder aux données SNIIRAM. Les travaux engagés dans le cadre de l'IDS doivent trouver rapidement une traduction réglementaire, qui est de la responsabilité de la direction de la Sécurité Sociale. L'UNOCAM souhaite que les textes nécessaires soient enfin publiés

[Projet de note – Position du groupe de travail Santé]
MEDEF

02/11/2010

l'engagement responsable des personnes et des entreprises. C'est donc là, peut-être, une piste de redistribution à envisager à horizon long.

Le croisement du décryptage génomique (15% des co-facteurs de prédictibilité), des mécanismes épigénétiques (activation de certaines gènes à l'environnement, 85% des co-facteurs), et de l'homéostasie (coopération des facteurs environnement – comportement – génétique pour l'optimisation de la santé, vont conduire dans les années à venir à une approche individualisme du « care » et du « cure ». Il faut anticiper cette perspective en termes de financement de responsabilisation, de réorganisation du système de soins et de mutualisation.

f) Une réforme organisationnelle et structurelle en complément

- Il faut généraliser, en donnant les moyens (accès à l'information médicale et référentiels de parcours et de pratique) tant à l'AMO qu'à l'AMC, la liquidation médicalisée des prestations, afin d'éduquer progressivement tous les professionnels de santé (pas seulement les médecins libéraux) et les patients. Il s'agit en pratique d'organiser une certaine concurrence dans l'offre de soins, grâce à la transparence. Seule cette concurrence permettra d'accélérer les nécessaires transformations des opérateurs.

Dans cette démarche, l'AMO, mais aussi les OC ont un rôle important à jouer. C'est pourquoi, sous de strictes conditions relatives à la confidentialité des données médicales³⁰, il est important que les OC puissent avoir accès à certaines données afin d'être en capacité de faire de la gestion du risque³¹.

Dans la mise en « concurrence », il faut toutefois veiller à bien prendre en compte les coûts complets (et pas seulement les RAC), ce qui nécessitera de passer des conventions AMO/AMC.

- Il faut renforcer le contrôle des arrêts de travail (ce qui est particulièrement pertinent en période de crise). Le système d'information le permettant existe, il faut simplement resserrer les critères et s'engager résolument à davantage de contrôles.
- Il faut cibler les médecins prescripteurs qui exagèrent (à patientèle comparable) et agir sur eux, d'abord par une ré information normative (HAS), puis par un encadrement éventuellement assorti de sanctions.
- Cela n'empêche pas des actions de pédagogie en direction des secteurs d'activité et des salariés les plus concernés.
- Il faut renforcer les dispositifs existants visant la couverture universelle, pour s'approcher effectivement de l'objectif. Quelles que soient les réformes structurelles à moyen terme, elles ne seront acceptables que sous cette condition.
- Il faut mesurer de la performance de gestion des sections locales mutualistes de la fonction publique, gérant pour le compte du régime général (sans préjuger des conflits d'intérêts relatifs à l'exonération de ticket modérateur) la réalisation d'études sur la prévalence des affections et les coûts associés serait instructive.
- Au-delà des ALD, c'est l'ensemble des maladies chroniques qu'il convient de mieux traiter. Les pistes de rémunération au forfait (capitation) doivent être étudiées :
 - ✓ Le succès de CAPI (Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles : rémunération à la performance) pourrait se confirmer, éventuellement en faisant évoluer le dispositif : affinage des référentiels et des objectifs clé suivis, saisie et croisement des prescriptions avec les pathologies, etc.
 - ✓ Il convient par ailleurs de poursuivre les actions volontaristes vis-à-vis des médecins comme des entreprises en utilisant au mieux le système d'information du RO pour détecter les anomalies (en resserrant les mailles de contrôle).

³⁰ Consentement préalable ou anonymisation.

³¹ Les actions doivent être ciblées. Les expérimentations « Babusiaux » menées en ce sens par les OC ont été couronnées de succès.

- ✓ Le dossier médical personnel dématérialisé (DMP), attendu depuis longtemps, doit jouer son rôle pour éviter les consommations inutiles. On pourrait étudier la piste consistant à moins rembourser les examens (laboratoires, imagerie médicale,...) à faible utilité au regard de leur fréquence.
- Il est nécessaire d'envisager des mesures de maîtrise des coûts plus efficaces en ce qui concerne les examens de santé et les soins annexes de santé :
 - Encadrement des parcours (fréquence, redondance, ...)
 - Séparation des actes de « prélèvement » (image en radiologie, prise de sang en biologie, etc.) des actes d'analyse et de diagnostic. En séparant les actes, ou éclaterait les tarifs, afin de pousser à la concentration des acteurs.
On peut également jouer sur les marges concernant les dépenses de radiologie, biologie et transports sanitaires³²
- Il est nécessaire d'analyser les économies qui pourraient être réalisées par domaine, sans préjudice pour les malades.
Les sources d'économies résident dans une offre objectivement supérieure au besoin médical dans plusieurs domaines : transport médical, laboratoires d'analyse, imagerie médicale³³, etc.

Deux axes pourraient être explorés conjointement :

- ✓ Un encadrement par référentiel (HAS)
- ✓ Une contractualisation avec les professionnels (tarifs / qualité de service / engagements déontologiques).
- D'autres pistes diverses à étudier :
 - ✓ Une répartition différente pourrait concerner l'audioprothèse (qui constitue un risque croissant) : l'instauration d'un devis, et la séparation des prestations distinctes que sont l'achat de l'appareil et le suivi médical, pourraient contribuer à mieux maîtriser la dépense.

³² L'exploitation des marges sur les dépenses de radiologie, biologie et transports sanitaires. Il pourrait être programmée une réduction pluriannuelle des marges des laboratoires d'analyses médicales, par une réduction de la valeur du « B » sur la base de laquelle les actes de biologie sont tous valorisés, et/ou une diminution de la rémunération de la dizaine d'actes les plus courants et de ceux pour lesquels le prix de revient du « B » est comparativement faible. Un rapport de l'IGAS d'avril 2006 évalue à 15% la baisse du « B » qui serait justifiée au regard de l'évolution des marges du secteur depuis 10 ans. Suivant qu'elle s'applique aux seuls actes les plus courants ou à l'ensemble des actes, cette baisse de 15% représenterait une économie pour l'assurance maladie comprise entre 150 millions d'euros et 400 millions d'euros.

³³ Prenons notamment acte des observations de la Cour des Comptes (synthèse du rapport sur la sécurité sociale 2010) concernant les équipements lourds d'imagerie médicale :

Faire évoluer la tarification :

- en appliquant des forfaits techniques qui correspondent aux coûts d'investissement et de fonctionnement des appareils,
- en ajustant les honoraires par acte en fonction du volume de travail médical produit,
- en supprimant la prise en charge des actes non justifiés médicalement.

Assurer au sein de la DGOS une veille technologique et les arbitrages nécessaires en vue de préciser et de mettre à jour à intervalles réguliers les grands axes de la politique d'imagerie afin d'orienter et de coordonner les déclinaisons régionale de la mise en œuvre de cette politique.

[Projet de note – Position du groupe de travail Santé]
MEDEF

02/11/2010

- ✓ La santé bucco-dentaire : un meilleur pilotage entre les soins préventifs et conservateurs, en fonction de la pathologie ou de la prévalence (et notamment de l'âge) permettrait de réduire les dépenses.
On observe par ailleurs une perspective de dégradation de l'offre de soins dentaires, aussi bien dans sa dimension de prévention et d'accès aux soins qu'en ce qui concerne l'évolution de la tarification. Il convient d'anticiper ce problème (les observations du rapport de la Cour des Comptes de 2010 fournissent quelques pistes à discuter).
- S'agissant du médicament, il nous paraît indispensable de stabiliser les mécanismes existant de régulation.
En effet, les mécanismes de mise sur le marché et de définitions des prix, des taux de remboursement (SMR), des remises sur consommation, les mesures liées aux génériques et au conditionnement, etc. – ont été initiés et constamment ajustés depuis longtemps. Le secteur du médicament est stratégique pour la France en termes d'enjeux de haute technologie, de balance commerciale et d'emplois. Le médicament constitue l'un des éléments essentiels des progrès médicaux. Tout ce qui pouvait être fait en matière de maîtrise a été fait ; il faut maintenant en faire autant dans les autres domaines de la santé avec autant d'énergie, et ne plus fragiliser notre industrie du médicament.
- Adapter le recours aux soins de suite et de réadaptation fonctionnelle (analyse de l'efficacité des structures actuelles dans la définition du volet SSR des SROS, mise sous entente préalable des admissions qui paraissent peu adéquates dans les SSR).
- Il est indispensable d'endiguer l'explosion de l'aide médicale d'Etat (AME, réservée aux immigrés en situation irrégulière). En effet, le panier de soins de l'AME rend notre pays tout particulièrement attractif au sein de l'OCDE. Il convient donc de le revoir à la baisse aux soins d'urgence non anticipables. Il convient aussi de revoir les réponses aux questions posées par les transfrontaliers et au tourisme médical (suites dans le pays d'origine).
- Renforcer la prévention

La France investit insuffisamment dans ce domaine, tant le régime de base que les complémentaires. Certaines initiatives sont remarquables dans les deux cas. Il convient d'en tenir compte en retenant les modes les plus efficaces à moindre coût, de généraliser ces pratiques et de mieux informer les assurés. Ces derniers pourraient être tenus de subir certains de ces examens en raison de leur pathologie ou de leur prévalence. Le remboursement de certaines de leurs dépenses pourrait être conditionné à cela.

g) Engager une action d'information des français

S'agissant de la réforme des retraites _ sujet plus simple et moins sensible que la santé_ les pouvoirs publics ont préparé les étapes depuis plusieurs années par des activités d'information et de pédagogie. Nous en sommes loin en santé, et pourtant une explication de la réalité des pratiques constituerait un très utile préalable.

Même si une information personnelle sur le niveau des remboursements annuels de l'AMO n'est pas toujours adéquate, au moins devrait-on informer annuellement les français sur la répartition des ressources et sur celle des dépenses, en la ramenant à quelque chose d'intelligible (ex : dépense annuelle moyenne / personne et par tranche d'âge, avec éventuellement des illustrations par pathologie).

4 – La maîtrise des ressources

«L'Etat Providence», tel que nous le connaissons depuis 1945, est-il encore soutenable dans les années à venir ? Peut-il résister aux défis démographiques et surtout peut-il être sourd aux mutations du monde, et plus particulièrement au fait que les perspectives de croissance du PIB pour les 30 prochaines années seront très limitées en Europe ?

Il y a une foison de propositions de réformes systémiques, depuis le rapport Chadelat en 1998, jusqu'à de nombreuses propositions de parlementaires, s'inspirant souvent d'exemples étrangers. Le schéma qui revient de façon récurrente est à 3 niveaux

- Un 1^{er} niveau comprenant une assurance maladie obligatoire à minima financée par l'impôt (socle de solidarité)³⁴
- Un 2^{ème} niveau comprenant une assurance maladie complémentaire (obligatoire ou facultative selon les versions) financée par les cotisations mais avec des aides possibles de prise en charge pour les plus démunis (ex : CMUc et ACS)
- Un 3^{ème} niveau comprenant une assurance maladie supplémentaire libre.

Le seul enjeu est de parvenir à dégager les moyens financiers permettant de financer une assurance maladie obligatoire et solidaire concrétisant le principe constitutionnel d'égalité des citoyens dans l'accès à des soins de qualité, médicalement justifiés.

Tout le monde peut être gagnant dès lors que le système permet d'assurer la pérennité de prestations universelles conformes aux principes constitutionnels afin de répondre à des préoccupations de confort ou de consommation personnalisées.

L'AMC peut jouer un rôle essentiel de régulation :

- par le jeu de la concurrence
- par sa capacité à contractualiser avec des professionnels de santé.
- Par sa capacité à investir pour le futur : développer le « CARE » (prévention, dépistage, suivi), supporter des solutions « Care » et « Cure » de plus en plus individualisées (dès maintenant et grâce au décryptage du génome pour le futur).

Pour que cela fonctionne, il faut éviter d'encadrer à l'excès l'offre des AMC et limiter la taxation. Les pouvoirs publics devraient focaliser leur intervention légitime pour faire en sorte que les ménages les plus modestes ne renoncent pas à la souscription d'une complémentaire santé pour des raisons financières.

Les mécanismes de régulation des dépenses et des recettes ne peuvent être appréhendés séparément. Ainsi le HCAAM, après avoir souligné le caractère « positif » du système actuel des recettes de l'Assurance maladie, estimait déjà nécessaire en 2004 de le faire évoluer : « des réflexions pourraient

³⁴ La solidarité appelle un panier de biens et soins de santé de qualité et de médicaments indispensables auquel est corrélié un contrat collectif de prise en charge qui peut, cependant, être mis en œuvre par différents opérateurs.

utilement être menées sur le système des recettes en prenant notamment en considération les principes d'universalité de l'assiette, de parité des efforts contributifs et des droits entre les régimes et leurs ressortissants. Ces réflexions pourraient aller jusqu'à l'étude d'une modification de l'assiette des prélèvements ».

Nous pensons qu'il y a urgence à réformer notre système de santé, au plus tard à l'échéance de 2012, et il nous semble inévitable de le faire tant pour le volet des dépenses que pour celui des recettes. Il nous semble à cette échéance qu'une nouvelle réforme systémique serait de nature à enrayer le dossier pour un grand nombre d'années, et donc de retarder la résorption du déficit. Dès lors nous plaidons pour une solution réaliste mais rigoureuse. Les dépenses peuvent être réduites et maîtrisées, sans réforme systémique³⁵, en suivant les préconisations du paragraphe 3. Les dépenses doivent être ajustées avec les priorités suivantes :

- Amélioration de l'efficacité du système de santé, amélioration des pratiques, convergence tarifaire, gains de productivité.
- Ajustement des remboursements de l'AMO, ajustement du contrat responsable
- Déport AMO / AMC lorsque cela est justifié, et en étroite coordination.
- Les recettes doivent être ajustées de façon durable, pour faire face à l'évolution des dépenses, et pour rembourser la dette de la CADES.

Il convient à ce stade de se poser la question du rôle de l'entreprise dans le financement de la protection sociale (retraite, prévoyance, santé, ATMP, famille, chômage).

Et, en ce qui concerne la santé, de son rôle, qui peut être différent, en AMO et en AMC, en prenant en considération les populations et les problématiques de santé concernées

Par ailleurs, il convient de rappeler sur ce dossier comme sur les autres, qu'il serait contre productif d'augmenter les charges sociales, obligatoires de l'entreprise au bénéfice de l'AMO (il existe plus de flexibilité pour le financement AMC).

Cette réflexion conduit donc à 2 orientations

- Transfert AMO/AMC, éventuellement au 1^{er} euro, pour des champs de petit risque ou risque modéré. Il paraît notamment judicieux de déplacer une partie des opérations de prévention et suivi des facteurs de risque, notamment lorsque cela concerne des actifs, de l'AMO vers l'AMC. En effet, celles-ci ont des moyens pour développer des programmes de prévention, dépistage et disease management, parce qu'elles sont au contact étroit de leurs clients, individus ou entreprises. Remarque FFSA : il y a du sens à ce que les organismes complémentaires proposent à leurs assurés davantage de services et de nouveaux produits dans le champ de l'information, la prévention, l'accompagnement l'assistance voir l'aide à domicile. La recherche d'efficacité et de maîtrise de la dépense ainsi que la concurrence incitent de plus en plus d'organismes complémentaires à proposer ce type de services. Il est aujourd'hui important que dans ce domaine, des collaborations entre organismes complémentaires et AMO se développent

Si de telles actions - nécessaires, mais que l'AMO n'a pas les moyens de mettre en œuvre - permettent de réduire la morbidité (risque lourd) 15 ou 30 ans plus tard, on comprend bien la nécessité d'un encadrement et d'une coopération. Il convient d'imposer une coopération AMO/AMC pour éviter une perte de la maîtrise globale des risques. Le partage des rôles « cure »/AMO - « care »/AMC peut être judicieux, mais il faut l'organiser prudemment dans le temps.

³⁵ Sauf à la marge en ce qui concerne l'adjonction de nouvelles franchises, ou d'augmentation des franchises, et le remplacement du dispositif avec RAC (soit avec un TM, soit par un bouclier sanitaire ALD)

[Projet de note – Position du groupe de travail Santé]
MEDEF

02/11/2010

Notons que l'amélioration de l'efficacité du système de soins passe par la gestion du risque (au long de la vie), aussi bien en AMO qu'en AMC. Rappelons à cet égard qu'il est fondamental d'avancer vers des solutions efficaces et industrielles conciliant le respect de la confidentialité des données personnelles, et la possibilité de les utiliser (sous conditions de sécurité) afin de faire du « Care » utile (prévention, dépistage, suivi) et du « Cure » responsable (liquidation médicalisée des prestations).

- Stabilisation (ou diminution) de la contribution des actifs (employeurs et salariés), et mise en œuvre de ressources complémentaires :

- * spécifiques aux retraités³⁶
- * augmentation de la CSG (ou TVA sociale ou autre formule)
- * augmentation des ressources autres³⁷.

L'entreprise devra donc adapter son rôle en matière de santé pour le futur, en tenant compte :

- De la nécessité de développer la prévention (la France étant en retard par rapport à l'Union Européenne), et, de ce point de vue, l'entreprise constitue un levier privilégié pour certaines affections chroniques (ex : expérimentations diabète et HTA)
- De l'apparition progressive de la médecine prédictive qui aura – entre autres – pour conséquences de prédéterminer, en période d'activité, les risques en période de retraite.

³⁶ Il faudra au préalable faire preuve de pédagogie et faire appel à l'esprit civique. Néanmoins, une telle disposition, qui vise davantage de justice, devra être accompagnée d'un engagement à mieux maîtriser les dépenses, notamment celles qui concernent plus particulièrement les personnes âgées.

³⁷ Par exemple : alignement des cotisations de la fonction publique sur le régime des salariés.

**Annexe 1: Perspectives d'économies potentielles des dépenses de santé
(complément à la note de position du groupe de travail santé du MEDEF)
BASE ONDAM 2009 / 158 Md €³⁸**

Il est possible de présenter les économies potentielles selon plusieurs schémas. Le plus naturel consiste à reprendre les chapitres de l'ONDAM (Etablissements de santé 69,9Md €, soins de ville 73,2Md €, établissements et services médicaux-sociaux 14,0 Md € d'après la CCSS de septembre) Nous avons toutefois retenu, à des fins pédagogiques, une autre présentation reprenant les thèmes prioritaires de notre note de position (et en tenant compte des cumuls entre thèmes). Nous insistons sur le fait que l'exercice prime sur le résultat. Ce dernier, construit à partir de nos propositions (dont le chiffrage peut, et doit être discuté), apporte un éclairage sur l'ordre de grandeur de ce qui est possible.

- Hospitalisation : 51.2%	→	81Md €
* Externalisation de personnel non médical ³⁹ : 4.5%	→	3.6Md €
* Convergence tarifaire ⁴⁰		3Md €
* Meilleure coordination des soins par les ARS ⁴¹		2.5 Md €
		53 Md €

³⁸ L'ONDAM 2009 est à 158 Md€ dans le dernier rapport CCSS de juin 2010.

³⁹ Etude R. Holeman, directeur d'hôpital, enseignant au CNAM

⁴⁰ Selon le directeur de la CNAM, pour l'objectif (modeste) de réduction de l'écart de coût public/privé, uniquement sur la MCO : 1 Md €. Mais la rationalisation de la carte des établissements, la convergence GHS, et l'orientation des patients représente un enjeu supérieur.

⁴¹ On peut envisager plusieurs objectifs raisonnables

- Développement de l'ambulatoire et de l'HAD en substitution 1 Md €
- Meilleure affectation des professionnels de santé (médecins, infirmières, personnel annexe, paramédical) : 0.5 Md €
- Meilleure coopération public/privé 1 Md €

[Projet de note – Position du groupe de travail Santé]
MEDEF

02/11/2010

- ALD ⁴² : 65%	→	53 Md €
* Meilleure encadrement des entrées/sorties ⁴³		2.7 Md €
* Meilleure prévention et protocole thérapeutique ⁴⁴		2.7 Md €
* Modification du mode de remboursement ⁴⁵		2 Md €
		21 Md €
- Médecine de ville : 13%	→	
* Transfert de compétence et réseaux de soins ⁴⁶		0.1 Md €
* Progression d'autres modes de rémunération de la médecine de ville (CAPI)		0.2 Md €
* Meilleure coordination des soins (pôles santé, maisons de santé)		0.2 Md €
* Régulation des dépassements d'honoraires ⁴⁷ : 10% de 2 Md €		0.2 Md €
* Réduction de la surconsommation ⁴⁸ :		0.1 Md €
- Autres mesures :		
* Renforcement du contrôle des AT (IJ : 4.8%) ; objectif de réduction de 2.5%		0.2 Md €
* Meilleur encadrement des maladies chroniques ⁴⁹		0.2 Md €
* Médicaments ⁵⁰		-

⁴² Les calculs tiennent compte du fait que les ALD se répartissent en hospitalisation, soins de ville, et autres.

⁴³ Les référentiels de la HAS pourraient mieux préciser les conditions de guérison (même temporaire), le dispositif demeurant en place pour les examens de contrôle (cf. PLFSS 2010).

De même, les référentiels pourraient être resserrés à l'entrée. Certaines ALD pourraient éventuellement sortir du tableau. Un objectif de 5% de réduction paraît raisonnable.

⁴⁴ Les expériences conduites démontrent qu'il est possible de diminuer significativement des dépenses en ALD. L'exemple du diabète (1.5 Millions de personnes en ALD) montre que la facture peut être réduite de 25% avec des populations à risque. Le meilleur moyen pour éviter l'explosion des remboursements liés au diabète est d'empêcher ou à tout le moins de retarder sa surveillance. Une fois la maladie installée, un suivi structuré permet de prévenir les complications, c'est-à-dire les épisodes les plus coûteux de la maladie. Le principe est le même pour les 32 maladies du tableau des ALD, même si le rendement doit être différencié.

- Maladies cardio-vasculaires (1)
- Diabète (3)
- Insuffisances respiratoires chroniques graves (5)
- Maladie d'Alzheimer et autres démences (6)

Un objectif global de 5% paraît raisonnable

⁴⁵ Soit par instauration d'un TM ou de franchises, soit par l'instauration d'un bouclier sanitaire spécifique

⁴⁶ Comme tant d'autres pays européens, un certain nombre de soins pourraient être délégués

(spécialiste/généraliste/infirmier/pharmacien/auxiliaire médical et paramédical), un objectif de 5% paraît raisonnable.

⁴⁷ Différents dispositifs – qui peuvent être généralisés à partir des expérimentations en cours – permettraient d'atteindre un objectif de 10% :

- Une stimulation des contrats de capitation, notamment pour les maladies chroniques et ALD (contrats CAPI)
- Une forte incitation vers le secteur optionnel ouvert en novembre 2009, aussi bien en consultations (3/4 dépenses) qu'en actes techniques (1/4 dépenses) pour tous les spécialistes (au-delà de MCO) et généralistes.

⁴⁸ Il s'agirait de renforcer les dispositifs actuels (parcours des soins, référentiels de pratique HAD, franchises, contrat responsables, ...), un objectif de 2.5% paraît raisonnable.

⁴⁹ 15% de la population française est en ALD. En ajoutant les maladies chroniques, on passe à 25%. Une partie des maladies chroniques, mal encadrées passent en ALD avec le temps

Un meilleur encadrement comporte plusieurs axes

- Prévention et dépistage précoce
- Encadrement thérapeutique
- Régime CAPI.

[Projet de note – Position du groupe de travail Santé]
MEDEF

02/11/2010

* Divers⁵¹

0.2 Md €

17.9 Md €

- Total des économies potentielles : →

On constate ainsi en première conclusion que les économies potentielles raisonnables représentent plus de 10% de l'ONDAM, et correspondent à l'ordre de grandeur du déficit.

⁵⁰ Les médicaments hospitaliers représentent 3.6% de la dépense, les médicaments ambulatoires représentent 15% de la dépense. La France a rattrapé la plus grande partie de son retard en génériques. L'industrie du médicament a consenti de nombreux efforts ; elle est déjà lourdement taxée, ce qui pèse sur la compétitivité et l'emploi. On peut néanmoins penser qu'une meilleure éducation des médecins et des patients (cf campagne « antibiotique ») peut conduire à une économie, mais elle est progressive et difficile à chiffrer.

⁵¹ - Effets de meilleurs encadrements de référentiels HAS

- Laboratoires de biologie
- Santé bucco dentaire
- Audioprothèse
- etc.

Annexe 2 : Exemples de systèmes d'assurance dans des pays de l'OCDE**LE SYSTEME ALLEMAND D'ASSURANCE MALADIE****- Sa situation financière :**

Résultat d'une politique de maîtrise des dépenses draconienne amorcée depuis 2003 et depuis sans cesse approfondie, l'assurance maladie allemande a été excédentaire de 2004 à 2009.

Dans un contexte marqué par une hausse des dépenses de santé (près d'un quart de la population a actuellement plus de 65 ans), un haut niveau de charges salariales et de multiples délocalisations, le SPD et la CDU sont en effet parvenus à un accord en 2003, sur une réforme drastique du système de santé (responsabilisation financière des patients, diminution des prestations, mesures améliorant la gouvernance).

En 2008, l'excédent de l'Assurance Maladie allemande a été de 1,78 milliards d'€. Au cours des six premiers mois de l'année 2009, elle a dégagé un excédent de 1,2 milliard d'€ (83,8 milliards d'€ de dépenses et 85 milliards de recettes du 1er janvier au 30 juin). Entre 2004 et 2009, les 8 milliards de dettes anciennes ont été apurés, et l'Assurance-Maladie disposait même d'une réserve de près de 5 milliards.

Toutefois, en l'absence de mesures nouvelles, à la fin 2010, un déficit de 4 milliards d'€ est attendu, puis de 11 milliards fin 2011.

- Pour mémoire, ses principales caractéristiques :

Le système allemand d'assurance maladie est fondé sur le principe d'une assurance professionnelle dans le cadre de l'entreprise. L'affiliation est obligatoire en dessous d'un certain seuil de revenus. Au-delà de ce seuil, les personnes ont le choix d'opter pour le régime légal ou pour une assurance privée.

Le système allemand se distingue du système français par l'autonomie et la diversité des caisses d'assurance maladie au sein desquelles siègent des représentants des financeurs (syndicats de salariés et organisations d'employeurs), qui ont un rôle gestionnaire.

Les cotisations sociales (taux employeur de 6,95 % ; taux salarié de 6,95 %) représentent la quasi-totalité des ressources des caisses d'assurance maladie, leur assiette étant calculée sur le salaire, dans la limite d'un plafond annuel. Depuis 2009, le taux de la cotisation maladie est déterminé au niveau fédéral. De sorte qu'après avoir recouvré les cotisations, les caisses les reversent au Fonds de financement de la santé, qui attribue à chaque caisse pour chacun de ses assurés, un forfait de base et une majoration tenant compte des différents risques des assurés (âge, maladie, sexe).

Pour ce qui concerne les modalités de prise en charge des dépenses par les caisses, l'assuré n'a aucune avance de frais à effectuer auprès des praticiens conventionnés (tiers payant généralisé). Au début d'un traitement ou au début du trimestre, l'assuré fait le choix d'un médecin conventionné et il ne

[Projet de note – Position du groupe de travail Santé]
MEDEF

02/11/2010

peut en changer en cours de trimestre, sauf pour motif grave. Si le patient doit être pris en charge par un spécialiste ou un établissement de santé, le médecin établit une demande de prise en charge qui doit être présentée lors de la première consultation.

Les frais d'hospitalisation dans un établissement de santé agréé sont pris en charge par l'assurance maladie, le patient supportant le paiement de 10 € par journée d'hospitalisation, pendant une durée maximale de 28 jours par année. Si l'assuré opte pour un hôpital autre qu'un de ceux cités pour l'affection médicale, il peut avoir à sa charge la totalité ou une partie des frais supplémentaires.

Pour les médicaments pris en charge par l'assurance maladie, le patient participe à hauteur de 10 % du prix de vente du médicament (avec un minimum de 5 € et un maximum de 10 €), sans que cette participation puisse excéder le prix du médicament. Les frais d'optique sont remboursés pour les moins de 18 ans et pour les personnes dont la vision est gravement atteinte.

Enfin, il existe une franchise de 10 € par trimestre pour les patients de plus de 18 ans ainsi qu'une franchise de 2% (1% pour les malades chroniques) des ressources brutes du ménage. Les patients qui effectuent des actions de prévention peuvent voir le montant de leur participation diminuer.

Le financement du système hospitalier allemand est dual. les länders financent les dépenses d'investissements et les caisses d'assurance maladie prennent en charge les coûts de fonctionnement (soins, frais de personnel, ...). Depuis 2009, l'encadrement des dépenses prises en charge par les caisses a été renforcé, avec la prise en compte de l'activité réelle de l'année $n - 1$, à la place de la négociation de son taux d'évolution.

LE SYSTEME HOLLANDAIS D'ASSURANCE MALADIE

Depuis 2006, tout résident aux Pays-Bas est tenu de souscrire une assurance maladie auprès d'un assureur de soins prenant en charge un panier de soins dit de base, fixé au préalable par l'État. Les assureurs ne peuvent refuser d'admettre une personne qui souhaite souscrire un contrat d'assurance santé.

Il existe différentes formes de polices parmi lesquelles l'assuré peut opter :

- la police "en nature" pour laquelle l'assureur passe directement des contrats avec les fournisseurs de soins, paie directement les factures aux professionnels de santé. L'assuré doit s'adresser aux professionnels de santé ayant passé un contrat avec l'assureur ;
- la police "contre remboursement" qui fonctionne dans laquelle l'assuré choisit lui-même son prestataire de soins, paye les factures et se fait rembourser par la suite par son assureur ;
- la police peut également mêler les deux systèmes.

En complément de l'assurance de base, les assurances optionnelles peuvent prendre en charge les prestations ou les parties de prestations ne faisant pas partie du panier de soins.

Quant au financement de ce système, il est assuré une cotisation nominale pour le panier de soins de base sur les plus de 18 ans. Pour une police d'assurance donnée, la cotisation est identique pour tous, quel que soit l'âge, le sexe, l'état de santé ou le montant des revenus.

À côté de la cotisation nominale, une cotisation supplémentaire de 6,25 %, calculée sur le revenu dans la limite d'un plafond annuel est prélevée par les services fiscaux. Cette cotisation est remboursée à l'assuré par l'employeur.

Afin de garantir à tous un accès à l'assurance, lorsque la cotisation nominale est très élevée par rapport aux revenus de l'assuré, ce dernier a droit à une indemnité de soins de santé, versée par les services fiscaux. Pour la détermination de cette indemnité, il est tenu compte des revenus de l'assuré lui-même, mais également de ceux de son conjoint ou concubin.

Les assurés n'ayant pas bénéficié ou pratiquement pas eu recours à des soins au cours d'une année, ont droit à la restitution d'une certaine somme appelée bonus « no -claim » qui est considéré comme une prestation sociale.

LE SYSTEME CANADIEN D'ASSURANCE MALADIE

Deuxième pays au monde par sa superficie, le Canada compte environ **32 millions d'habitants**. Sur le plan politique, il est une Fédération décentralisée comprenant **10 provinces et 3 territoires** gouvernée par une monarchie constitutionnelle parlementaire.

➤ Principales caractéristiques du système de santé

Au Canada, le **niveau fédéral** définit un **cadre minimal** d'accès aux prestations garanti à tous les Canadiens dans le cadre de l'assurance santé. Il comporte l'accès à des soins hospitaliers gratuits. Les **provinces** décident du financement global accordé à la santé et des prestations offertes. Les ressources proviennent de **transferts fédéraux** et de **diverses contributions prélevées par les provinces**.

Les dépenses de santé des gouvernements **provinciaux et territoriaux** représentent **plus de 64 % du total des dépenses de santé au Canada en 2008**, auxquelles s'ajoutent des dépenses fédérales directes et les dépenses des gouvernements municipaux.

Les provinces et les territoires jouissent d'une **marge de manoeuvre importante** pour ce qui est de déterminer le mode de financement de leur régime d'assurance-santé. Les **dépenses de santé varient sensiblement d'une province à l'autre**. Les dépenses de santé par habitant sont les plus élevées en Alberta ou au Manitoba, soit 5730 \$ et 5555 \$ et les moins élevées au Québec et en Colombie-Britannique, soit 4653 \$ et 5093 \$ respectivement.

Les réglementations provinciales interdisent actuellement la couverture privée des services de base et les contrats mixtes public-privé pour les médecins, d'où un **monopole public de l'offre de services, notamment hospitaliers**.

De nombreuses **conventions collectives** prévoient la **participation de l'employeur** au titre des avantages sociaux accordés aux salariés pour couvrir les soins non remboursés par la province.

Répartition des principales responsabilités au Canada en matière de santé

SANTÉ

- FÉDÉRAL** - contribution aux programmes provinciaux de santé
- services de santé pour les autochtones
- formulation de normes générales nationales
- financement de la recherche
- promotion et protection de la santé
- PROVINCIAL** - régime universel d'assurance- hospitalisation et d'assurance-soins médicaux
- soins dentaires et médicaments
- MUNICIPAL** - santé publique et hygiène et administration d'hôpitaux

➤ Structure des dépenses de santé au Canada

Les dépenses de santé au Canada ont atteint **172 milliards d'euros** en 2008, soit plus de 5170 dollars par habitant. Elles représentent **10,7 % du PIB, la part la plus importante jamais enregistrée** (contre 11,2 % pour la France et 9 % pour la moyenne de l'OCDE).

En 2008, les hôpitaux constituent encore la plus grande partie de ces dépenses (28 %). Cependant, leur part dans les dépenses totales de santé est **en baisse** (31 % en 1998 et 45 % en 1975). Depuis 1997, les **médicaments** absorbent la 2^e part des dépenses. Ils représentaient 17,5 % en 2008, contre 9 % en 1975. Les paiements aux médecins occupent le 3^e poste de dépenses, avec 13 % du total en 2008, une part stable depuis 1999.

Au Canada, **70,2 % des dépenses de santé sont financées par des fonds publics** (contre 77,8 % en France par exemple et 72,8 % pour la moyenne de l'OCDE).

Depuis 1997, la part du total des dépenses de santé assumée par les secteurs public et privé est demeurée relativement stable, soit à **70 % pour les gouvernements provinciaux et territoriaux** et à 30 % pour le secteur privé (y compris les dépenses couvertes par les assurances privées et les dépenses directes).

Les **médicaments prescrits et les soins dentaires** représentent les plus grandes parts des dépenses de santé du secteur privé et les dépenses consacrées **aux hôpitaux et aux médecins**, les plus grandes parts de dépenses du secteur public.

En 2006, les **dépenses directes des particuliers** au Canada représentaient **15 % des dépenses** totales de santé, celles des **assurances privées** 12 %.

➤ Atouts et faiblesses du système de santé canadien

Le système canadien offre des **services de qualité à tous les résidents mais pour un coût relativement élevé**. Exemples : l'espérance de vie à la naissance est de 80,7 ans, soit une année de plus que la moyenne des pays de l'OCDE ; le taux de survie relatif au cancer du sein à cinq ans est de 87,1 % (contre 81,1 pour la moyenne de l'OCDE).

Afin de contenir l'augmentation des dépenses de santé, les provinces et les territoires ont mis en œuvre, dans les années 90, un **strict contrôle budgétaire des capacités** (nombre de lits d'hôpital, équipements de diagnostic et de médecins).

Ce rationnement a permis une maîtrise des coûts mais a aussi conduit à **l'apparition de « files d'attente »**. Ainsi, le nombre de médecins ou de lits d'hôpitaux pour soins aigus est inférieur à la moyenne des pays de l'OCDE. Entre 1990 et 2008, le nombre de médecins par habitant est resté stable alors qu'il s'est accru dans la plupart des pays de l'OCDE.

L'interdiction de tout recours aux paiements privés, au nom du principe d'équité, a accentué le phénomène. L'OCDE s'interroge sur la nécessité d'un assouplissement de cette règle afin de favoriser une **extension des capacités** et une **prestation plus concurrentielle des services**.

[Projet de note – Position du groupe de travail Santé]
MEDEF

02/11/2010

Enfin, un nombre croissant de **dépenses n'est pas couvert par le régime d'assurance maladie de base** : les médicaments, les soins à domicile et les soins thérapeutiques par exemple. Cette situation pose des **difficultés croissantes d'accès aux soins**. Le « filet » de sécurité de la sécurité sociale est parfois insuffisant et le **coût peut s'avérer élevé**, notamment pour les retraités.

Selon l'OCDE, il serait souhaitable d'aller vers un **élargissement de la couverture de base avec une extension du choix des consommateurs**.

Annexe 3 : Mesures d'économies pour l'assurance maladie obligatoire proposées par l'UNOCAM (Union nationale des organismes d'assurance maladie)

En juillet 2010, l'UNOCAM a estimé que la situation dégradée des comptes de la branche maladie rendait nécessaire des mesures fortes pour assurer la pérennité du système de santé. Il s'agit des mesures suivantes :

- mettre en place un cadrage triennal pour l'ONDAM.
- faire évoluer significativement les dépenses de biologie médicale. Au-delà des adaptations tarifaires, elle souhaite que soit explorée la voie d'une forfaitisation des dépenses d'analyses pour certaines pathologies chroniques.
- revoir le remboursement de certains actes ou produits dont l'efficacité médicale n'a pas été démontrée, citant notamment les médicaments à service médical rendu (SMR) insuffisant ou les cures thermales.
- reprendre les négociations sur le secteur optionnel et lutter contre des dépassements non conformes à la convention. Dans cette optique, elle propose la mise en place d'observatoires régionaux des dépassements d'honoraires.
- renforcer la coopération entre les complémentaires et l'assurance maladie en matière d'ALD.

Selon l'UNOCAM, l'ensemble de ces mesures permettrait une économie d'environ 3,5 milliards d'€ sur la période 2011/2013.

Par ailleurs, elle estime nécessaire de renforcer et clarifier le rôle des organismes complémentaires et se déclare prête à étudier les pistes qui permettront d'améliorer l'articulation des responsabilités entre assurances maladie obligatoire et complémentaire, en particulier dans les domaines où la part financée par les organismes complémentaires est majoritaire, comme l'optique et le dentaire.

