

## POSITION DU GROUPE DE TRAVAIL SANTE DU MEDEF NOVEMBRE 2010

Avis au lecteur : En noir ce qui a été tiré du document du Medef, en rouge les commentaires

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. On ne peut gérer 11 % du PIB sans une vision systémique et économique.

Il convient de conforter notre système de santé en y introduisant des réformes courageuses, sans doute après l'élection de 2012. S'il apparaît difficile d'annoncer une réforme compte tenu des acteurs et des mentalités, on peut imaginer des trains de mesures lourdes dans les PLFSS successifs.

Ce document doit servir de base à la position du Medef dans cette éventualité.

### **1 LA SOUTENABILITE DU SYSTEME D'ASSURANCE MALADIE (pages 3 à 5 de la note)**

L'assurance-maladie obligatoire (AMO) est financée aujourd'hui à 90 % par les actifs et 10 % par les retraités. 60 % seulement des prestations vont aux actifs et 40 % aux retraités. Avec la perspective d'une baisse des retraites et d'une hausse des dépenses de santé, ce décalage va augmenter.

5 % des bénéficiaires concentrent 51 % des dépenses et sont remboursés à 93 % par l'AMO. 64 % d'entre eux sont en ALD (Affections de longue Durée).

Les cotisations d'AMO sont assimilables à des cotisations socialisées d'assurance. Elles représentent désormais moins de la moitié des ressources (43 %). L'impôt a pris le relais (CSG 31 %, Taxes affectées 9 %, Autres produits 17 %).

L'évolution dans le temps corrobore la tendance à un fonctionnement solidaire. Dès lors ne faut-il pas en tirer les conséquences (**le dispositif n'évolue pas dans le sens souhaité par le Medef**) et engager une réflexion systémique (**pour le remettre en cause**) ?

#### **1-1 Un déficit croissant inacceptable**

« Le déficit est structurel. Il croît inexorablement. Il n'est pas certain que l'on puisse attendre l'échéance de 2012 (**pour y remédier**) car les marchés financiers sont très attentifs à l'évolution de la dette française.

Les ressources sont constituées essentiellement par les contributions des actifs et des entreprises, sur lesquels on ne peut augmenter la pression. La hausse des prélèvements sur l'industrie du médicament nuirait à ces branches de notre activité économique. Une hausse des taxes sur les complémentaires nuirait aux entreprises d'assurance avec un risque de démutualisation (évicton par les prix des assurés les plus modestes, résiliation ou non-souscription par les jeunes et les bien portants (**entraînant des pertes de clientèle existante et potentielle**)).

Côté prestation, les deux domaines les plus lourds sont les hôpitaux et les ALD. Des actions ont été engagées pour les premiers (**Plan hôpital 2007 puis 2012 avec des aides publiques en capital pour les cliniques privées, partenariat public - privé, T2A et convergence tarifaire, restructurations, fermetures de sites et de services dans le public**). On constate un attentisme dans le deuxième cas.

### 1-2 Solidarité, mutualisation, équité

La charge des ressources est concentrée sur les actifs. L'essentiel des dépenses bénéficie aux retraités âgés. Si l'on ne prend pas garde à cela, on peut détourner des franges de population de la mutualisation en AMO (**comment puisqu'elle est obligatoire ?**) et en AMC (assurance maladie complémentaire) (**et voir ainsi des parts du marché assurantiel s'envoler**)

### 1-3 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 conduisant à une plus grande efficacité à moindre coût. Pour cela il faut :

- hiérarchiser l'offre de soins en faisant intervenir les professionnels de santé au niveau où ils apportent le meilleur rapport efficacité/coût,
- imposer des normes de pratique à l'hôpital et pour la médecine de ville par des référentiels pertinents de la HAS (Haute Autorité de Santé)
- Éviter de confondre justification médicale et justification sociale dans les prises en charge.

Il est indispensable d'avoir une vision claire et stable de l'économie du système de santé en terme de dépenses et en terme de couvertures. Pour cette raison nous demandons la mise en œuvre et l'évaluation de mesures potentiellement efficaces.

## 2 LA NECESSITE D'UNE PROFONDE REFORME STRUCTURELLE DU SYSTEME D'ASSURANCE MALADIE (Pages 5 à 7)

Elle doit être mise en œuvre au plus tôt avec comme objectif de soigner au moins aussi bien au moindre coût (amélioration de l'efficacité). De nombreuses inflexions et expérimentations vont dans le bon sens. Il faut une volonté politique forte pour les généraliser et les imposer.

### 2-1 La gouvernance

L'hôpital mériterait des réformes profondes et rapides. C'est difficile parce que l'Etat est en même temps gestionnaire (hôpitaux publics) et régulateur (privé/public). **Il faut séparer ces fonctions en supprimant le rôle de régulateur de l'Etat. (La bonne marche du système de soins dépendrait alors du marché qui présidera à l'étendue, à la localisation géographique de l'offre de soins et à son coût pour les usagers, libéralisme oblige).**

L'Etat doit proposer un plan de retour à l'équilibre. L'impact des mesures proposées doit être chiffré et transmis aux partenaires sociaux pour examen. Les mesures retenues doivent entrer dans la réalité au plus tôt. (publication accélérée des textes réglementaires et des référentiels).

## 2-2 Affirmation du principe d'équilibre recettes – dépenses

Cet équilibre, pluriannuel, repose sur la maîtrise des dépenses et sur une adéquation raisonnée des ressources n'augmentant pas le décalage entre contributeurs et bénéficiaires (**donc toute recette nouvelle devrait peser sur les bénéficiaires, notamment sur les retraités âgés**).

Il faudrait que l'assiette de cotisation ait la base la plus large possible assortie d'un taux de taxation modéré. La baisse de cotisations qui en résulterait pour les entreprises et les salariés réduirait le coût du travail et augmenterait leur compétitivité. (**Baisse de cotisations devant à la fois être compensées et conjuguées à des recettes nouvelles pour revenir à l'équilibre structurel - Modalités d'élargissement de l'assiette non précisées. Le problème des exonérations en vigueur, de leur pertinence et de leur évaluation n'est pas abordé, ni à ce stade du document, ni par la suite**)

## 2-3 Définition des priorités

Avant d'aborder la question des ressources, il faut s'obliger à réformer le système de santé pour le rendre plus efficient et maîtriser les dépenses. La recherche d'efficience est le seul moyen d'atteindre ce double objectif. Exiger le respect de référentiels professionnels par exemple, en s'attaquant aux disparités professionnelles non fondées permettrait de soigner mieux à moindre coût. Le chiffrage de ce qui est possible conduit à des économies équivalentes au déficit actuel. L'enjeu est tel que c'est pour nous la première priorité. (**le Medef serait donc à même de connaître les différences existant entre les pratiques professionnelles en vigueur, de les opposer à une norme ayant vocation à l'universalité - quel que soit le patient - qui n'existe pas puisqu'il l'appelle de ses vœux supra, d'identifier celles qui sont non fondées sur cette base et de chiffrer le surcoût qu'elles représentent. Etonnant non ?**)

Dans un second temps il faut s'interroger sur les champs respectifs de l'AMO et de l'AMC. Maîtriser (**comprendre réduire**) par des réformes la charge de l'AMO permettrait de maîtriser les prélèvements correspondants (**et dans le même temps d'augmenter le terrain de jeu de l'AMC, libre de ses tarifs, au détriment du dispositif de solidarité existant**)

## 2-4 Recherche de l'efficience médicale

L'analyse du rapport « Charges et produits 2010 » de la CNAMTS montre des écarts de consommation, de pratiques et de coûts très importants sur des échantillons comparables : établissements de soins, actes techniques, Consultations Spécialisées...

Il faut tout mettre en œuvre pour favoriser la convergence tarifaire. La HAS doit accélérer la production de référentiels de parcours et de bonne pratique que l'on attend d'elle.

Cela n'empêchera pas les dépenses de santé de progresser plus vite que le PIB d'où la nécessité de revoir le financement de l'assurance-maladie.

## 2-5 Obligation de bonnes pratiques

La plupart des pays de l'OCDE ont engagé des réformes courageuses de leur système de

soins et de leur système d'assurance maladie, qui dans certains domaines ont fait leurs preuves. Il faut s'en inspirer mais une réforme systémique prendrait beaucoup trop de temps. (en clair il est préférable de procéder par trains de mesures successifs dans le cadre de la PLFSS).

### 3 La maîtrise des dépenses de santé. (pages 8 à 21)

#### 3-1 L'hôpital doit être géré rationnellement

Les hôpitaux français souffrent d'une productivité insuffisante et d'un taux de recours excessif pour des raisons sociales et par défaut d'alternatives (ambulatoire, HAD, maisons de santé, médecine de ville).

Pour rationaliser la carte hospitalière, il faut poursuivre la réforme engagée et la mener à son terme (en accélérant les restructurations de l'hôpital public puisque par définition l'hospitalisation privée est libre de ses choix). Il faut fermer les sites en sous activité. Le report de leur activité se pourrait par une procédure d'appels d'offre à l'échelle régionale pour l'attribution de lits et places. Cette mise en concurrence serait pour les hôpitaux une incitation à améliorer leur efficacité. (Les missions des établissements publics sont légalement plus larges et obligatoires. Leurs coûts de fonctionnement sont plus par voie de conséquence plus élevés. Une mise en concurrence sur des bases différentes se ferait quasi exclusivement au bénéfice du privé et permettrait ainsi un transfert de lits et de moyens du public vers le privé.)

La recherche d'une meilleure adéquation représente un potentiel d'économie considérable pour l'assurance maladie. (par le transfert d'activités de MCO et d'urgences vers des prises en charge alternatives qui, alliées à des seuils de bonne pratique ou d'efficacité, aboutiront à créer les conditions de la sous activité, prétexte aux fermetures mentionnées dans l'alinéa précédent)

Il faut par le biais de la comptabilité analytique procéder à une analyse par pathologie de la justification des traitements et des dépenses (qu'ils ont engendrées et vérifier leur conformité aux référentiels de la HAS puis imposer aux médecins « déviants » des pratiques qui y soient conformes. Le critère d'appréciation n'est plus l'état du patient mais la conformité à une norme définie par des non soignants).

Pour contourner la lenteur des procédures administratives les hôpitaux doivent être mis en concurrence sur des critères précis et objectifs (Gare aux mal classés, ils seront appelés à disparaître alors qu'il faudrait faire un état des lieux des territoires sur des critères objectifs tels le nombre de praticiens et de lits pour 1 000 habitants par spécialité, les temps moyen d'accès aux maternités et aux services d'urgences, la dépense de santé par habitant pour mettre en évidence les lacunes de l'offre de soins et les disparités d'accès aux soins).

La convergence tarifaire constitue un levier puissant malheureusement reporté de 2012 à 2018 par la LFSS 2010.

La loi HPST va dans le bon sens et constitue un premier pas, tant sous l'angle économique que médical mais on dispose aujourd'hui de la moitié seulement des décrets d'application. **Le Medef peut contribuer à l'élaboration rapide des textes efficaces qui constituent**

**les leviers opérationnels de la réforme** (Autrement dit, une structure privée pourrait intervenir directement dans le travail réglementaire, qui relève de l'Etat, et faire passer l'intérêt de ses membres avant l'intérêt général).

Elle doit être prolongée par la définition de missions claires de nouvelle gouvernance et d'optimisation des budgets pour les ARS (recherche de mutualisation, externalisation des services périphériques de l'offre de soins, constitution de communautés hospitalières de territoire, reconversion de lits de MCO (en lits de semaine, places d'ambulatoire, lits de soins de suite...))

Pour le Medef, le HCAAM est trop timide sur les externalisations (qui concernent 87 000 emplois de la fonction publique hospitalière).

Le budget des fonctions non soignantes représente 30 % du budget total des hôpitaux et que leur externalisation représenteraient une économie de 15 % équivalant à 4,5 % de la dépense hospitalière (4,5 milliards d'euros). A titre d'exemple les hôpitaux qui représentent le plus important secteur de restauration collective (1,8 milliards d'euros par an) n'en sous-traitent que 10 %. (L'objectif est simplement d'ouvrir de nouveaux marchés au privé. Par ce biais les hôpitaux deviendront tributaires des hausses de tarif imposés au fil du temps par leurs prestataires privés et les économies annoncées pour justifier l'externalisation disparaîtront comme cela s'est passé et se passe encore pour le prix de l'eau après affermage, le prix du gaz, de l'électricité, les tarifs SNCF et d'autoroute après privatisations. En outre, il est de nombreux exemples montrant que les services publics sont capables d'une technicité et d'une productivité équivalentes à celles du privé.).

La loi HPST jette les bases d'une organisation de soins en réseaux hiérarchisés hôpitaux - médecine de ville – auxiliaires de santé. La HAS pourrait être sollicitée pour définir des référentiels de bonne pratique organisant le transfert du suivi de certaines maladies vers des auxiliaires de santé pour limiter la surconsommation en matière de consultations des généralistes. Le pharmacien de quartier, par exemple, pourrait jouer contractuellement un rôle de prescription pour les maladies chroniques et les ALD. (ce qui revient à nier, pour des motifs d'économies, les missions d'examen et de diagnostic des généralistes et l'intérêt qu'elles présentent pour le patient et la société.).

### 3-2 Les ALD doivent être maîtrisées.

En 2007, 9,3 millions de personnes sont en ALD, lesquelles représentent 80 milliards d'euros (65 % des remboursements) et sont responsables de la quasi-totalité de la croissance des dépenses de l'assurance maladie. Celle-ci doit –elle se focaliser sur les plus démunis et les plus malades ou appréhender l'ensemble des citoyens mais en n'apportant qu'une réponse partielle ?

Le nombre de patients admis en ALD augmente de 5,3 % par an. L'augmentation de la prévalence des ALD est la principale cause d'augmentation des dépenses de santé (60 %) loin devant le vieillissement de la population (40 %). Les référentiels de la HAS peuvent être améliorés pour limiter les flux entrants et les dépenses en ALD (segmentation des pathologies, différenciation maladies chroniques/ALD, ajustement des critères médicaux d'entrée, de sortie et d'interruption, identification de sous catégories n'entrant pas dans les ALD, renforcement des limites d'exonération, contrôle amont renforcé de l'ordonnancier

bizone...) (Il s'agit la de la revendication d'un recul organisée de la prise en charge par l'AMO, prélude indispensable à la montée en puissance de la couverture assurancielle)

### 3-3 La médecine de ville doit être mieux encadrée

La médecine doit rester libérale mais doit, en contrepartie, accepter de nouvelles règles du jeu. Dans l'esprit d'une organisation optimisée des réseaux de soins, il est souhaitable :

- d'organiser des transferts de compétences des médecins vers d'autres personnels et auxiliaires de santé (travaux de définition en cours dans les ministères concernés), La mise au point de référentiels de définition des profils de ces nouveaux métiers est actuellement à l'étude dans les ministères. Journal de la santé du 3/02/2011)
- accélérer, dans ce but, la mise en place de maisons de santé
- de développer avec volontarisme, par le biais des ARS, ce qui peut diminuer le recours à l'hôpital (ambulatoire, HAD, maisons de santé).

La croissance des dépenses médecine de ville résulte :

- d'une inflation en nombre (surconsommation non encadrée sans utilité avérée) que l'on peut réguler par (l'augmentation) des franchises,
- d'une inflation en montant (dépassements d'honoraires) pour lesquels le projet de création d'un secteur optionnel encadré doit être mené à son terme.

Les assureurs complémentaires en sont pour l'essentiel les payeurs. (Ils ne demandent pas leur suppression mais au contraire à) disposer des informations du système de base pour proposer aux assurés des informations permettant un meilleur discernement (comprendre pour étayer leurs arguments de vente et développer leurs parts de marché AMC en remplacement de l'AMO).

Les gains que l'on peut attendre de la modération des prescriptions en médicaments, biologie, radiologie, kinésithérapie, arrêts de travail sont considérables. Les prescriptions des médecins doivent être mieux encadrées par le Programme d'Evolution des Pratiques. L'ambition des Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) pourrait être rehaussée moyennant des primes plus attractives. (Procès en prescriptions non justifiées par l'état du patient - et dispensées à grande échelle si l'on en croit les gains attendus - fait aux médecins)

Le projet de bouclier sanitaire prévoit une prise en charge au-delà d'un plafond de dépenses modulé en fonction des ressources pour limiter le reste à charge du patient (RAC). Le Medef est réservé sur ce dispositif parce que le plafond est un dangereux curseur, que l'introduction de conditions de ressources génère une nouvelle distorsion (donc même règle pour tout le monde, quel que soit le revenu : Exit la solidarité) et que, en limitant le reste à charge, le bouclier sanitaire risque de dissuader une parties des usagers de souscrire une complémentaire santé. (parce que plus le RAC est élevé plus le besoin d'une couverture assurancielle supplémentaire est prégnant)

A long terme les usagers doivent être rendus responsables de leurs dépenses santé par le biais de l'assurance complémentaire, l'AMO n'intervenant que quand l'assuré ne peut plus faire face à sa situation médicale objectivée. (Selon le Medef la couverture du risque maladie doit à terme passer essentiellement par l'AMC, l'AMO n'intervenant que comme caisse de secours quand l'assuré ne peut plus faire face avec ses ressources propres. Même scénario que précédemment priorité à L'AMC et tant pis pour ceux qui n'ont pas pris la

précaution ou n'ont pas eu les moyens de s'assurer correctement)

### 3-4 Le rôle des complémentaires doit être élargi.

A titre expérimental, il faudrait concéder aux OCAM (Organismes complémentaires d'Assurance Maladie), la gestion au premier euro de certaines prestations identifiées. Cela permettrait de tester l'efficacité des complémentaires à réguler les pratiques et les dépenses. (La concession sortirait certains actes du champ de l'AMO. L'assuré social n'aurait alors plus d'autre possibilité de couverture que l'AMC et serait obligé de souscrire).

Le régime général pourrait concéder au privé, sur la base d'un cahier des charges, l'organisation d'un dispositif de télémédecine (qui aboutirait à des plateformes de réponse, privées elles aussi, avec comme conséquence facturation aux hôpitaux publics des prestations informatiques et logistiques pour le réseau et facturation des prestations médicales pour les plateformes, alors que la mise en place d'un tel dispositif dans un cadre public devrait être une priorité de santé publique).

Pour faciliter l'élargissement du rôle des complémentaires, le Medef revendique la duplication des bases de données de l'assurance maladie au bénéfice des organismes complémentaires d'assurance maladie (d'où possibilité pour ces derniers, par pathologie, de connaître les coûts, de calculer les fréquences de risque et de proposer des contrats santé plus ou moins juteux).

Pour le compléter, la piste d'une séparation des rôles peut également être envisagée. A l'AMO le traitement pathologique, le curatif, dont les traitements lourds imposent une approche solidaires, et à l'AMC le préventif fondé sur l'engagement de responsabilité de chacun. (En avant plan, la connaissance des risques et la proposition de contrats de prévention, En arrière-plan, la délégation au privé des enjeux de recherche et de développement dans le matériel médical, les vaccins, les médicaments, la génétique...)

### 3-5 Les compléments de réforme à prévoir

Il faut généraliser la liquidation médicalisée des prestations à tous les professionnels de santé (qui effectueront le travail administratif en lieu et place de l'AMO et surtout de l'AMC – d'où une baisse des coûts salariaux pour ces 2 organismes – mais augmentation de la charge de travail de professionnels de santé déjà surchargés et en sous effectif dans de nombreuses disciplines et de nombreux territoires)

En matière d'arrêts de travail, il faut augmenter le nombre de contrôles et resserrer les critères.

Il faut cibler les médecins prescripteurs qui exagèrent et agir sur eux par une ré information normative, puis par un encadrement assorti de sanctions. (avec dans les deux cas une logique de suspicion et de culpabilisation des intéressés sous couvert de responsabilisation)

Il faut mesurer la performance de gestion des sections locales mutualistes de la fonction publique (mais il n'est pas question de celle des OCAM pourtant nettement inférieure)

La mise en place d'un dossier médical personnel dématérialisé permettrait de repérer les consommations inutiles (**considérées comme telles par qui et sur quels critères ?**) et d'instituer un barème dégressif de remboursement (**donc une nouvelle augmentation du RAC**)

Il faut rechercher des économies dans les domaines où l'offre est supérieure au besoin médical : transport médical, laboratoires, imagerie médicale, etc par une réduction pluriannuelle des marges de ces secteurs d'activité (Baisse progressive de la valeur du B)

Il faut analyser les performances des unités de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle et mettre les admissions sous accord préalable.

Il convient d'endiguer l'explosion de l'aide médicale d'Etat aux étrangers en situation irrégulière (AME) en réduisant son panier de soins trop attractif et de revoir la réponse aux demandes des transfrontaliers et du tourisme médical.

#### **4 – LA MAITRISE DES RESSOURCES**

Le système actuel d'assurance maladie ne peut pas survivre aux mutations du monde et à la perspective d'une croissance faible du PIB. (**d'où, partant de ce postulat que le Medef fait sien**) de multiples propositions de réformes débouchant sur un schéma d'organisation à 3 niveaux :

- 1 l'AMO financée par l'impôt (socle de solidarité) (**= champ de la sécurité sociale**)
- 2 l'AMC obligatoire financée par des cotisations (avec des aides possibles pour les plus démunis) (**= champ des mutuelles et des assurances complémentaires**)
- 3 l'AM supplémentaire libre (**= champ des assurances santé**)

L'objectif est d'adapter les recettes à l'évolution des dépenses et de rembourser la dette de la CADES (Caisse d'amortissement de la dette sociale)

Pour que cela fonctionne les pouvoirs publics doivent :

- limiter la taxation sur les AMC,
- faire en sorte que les ménages les plus modestes ne renoncent pas à la souscription d'une complémentaire santé pour des raisons financières,
- ne pas augmenter et même diminuer les charges des actifs (salariés et entreprises) au titre de l'AMO,
- augmenter en compensation la CSG
- instituer des recettes supplémentaires spécifiques aux retraités et la TVA sociale,
- permettre l'augmentation des ressources autres.

(**Globalement il s'agit de basculer une partie des recettes du système de l'AMO vers les AMC et les assurances santé donc du dispositif de solidarité vers le secteur marchand, et dans le même temps des salariés et des entreprises vers les retraités les consommateurs mais aussi les salariés qui perdront d'une main – complémentaires et assurances santé- ce qu'ils auront gagné de l'autre – baisse des cotisations AMO les concernant. Tous seront perdants. Les seuls bénéficiaires de ce dispositif seront les entreprises, les mutuelles et les compagnies d'assurance**)