

Comité Opéra

LES 1^{ÈRES} RENCONTRES

Comité Opéra

29 AVRIL 2010

Le reste
à charge
en temps
de crise

Le reste à charge en temps de crise : une menace pour la solidarité nationale ?

Créé en janvier 2010, le Comité Opéra se veut un cercle de réflexion et d'action réunissant des acteurs de la mutualité, de la santé et de l'assurance sur les problématiques liées à la protection sociale, à l'organisation territoriale et au financement du système de santé.

Fondé à l'initiative de la Fédération Nationale Indépendante des Mutuelles, la FNIM, qui fait vivre depuis des décennies les valeurs mutualistes de solidarité et de responsabilité, le Comité Opéra a vocation à rassembler les acteurs qui interviennent dans le domaine de la santé et de la protection sociale.

Des acteurs nombreux, aux origines diverses affirmant des valeurs nuancées et souvent complémentaires, rarement opposées qui développent, chacun dans leur domaine, un savoir-faire et ne demandent qu'à s'exprimer pour partager leurs positions, leurs expériences et leurs inquiétudes.

Le Comité Opéra leur offre un espace d'échanges et de rencontres où ils pourront se rencontrer, s'exprimer, s'écouter, mieux se connaître, développer leurs positions, affirmer leurs opinions et, pourquoi pas, formuler des positions communes qui pourront être portées auprès des pouvoirs publics.

Pour ses premières Rencontres, il a choisi une thématique qui constitue, pour nous, un enjeu majeur pour l'avenir de notre système de santé : le reste à charge.

Une problématique nouvelle, complexe, qui concerne l'ensemble des acteurs de notre système de santé et de protection sociale et qui pose de nombreuses questions : de quoi parle-t-on ? Quels enjeux et quelles perspectives ? Peut-on et doit-on bâtir un système de couverture santé ayant comme base le reste à charge ? Met-il en danger les équilibres de notre système ? Quel rôle pour les différents acteurs ? Quels leviers pour l'action ? Quelles implications économiques et philosophiques ?

Le sujet est vaste, complexe et touche aux fondations même de notre système « à la française ». Il fait appel à la responsabilité de tous : pouvoirs publics, professionnels de santé, complémentaires santé et assurés sociaux.

La note que vous tenez entre les mains rend compte des échanges, riches et constructifs, qui ont eu lieu lors de cette première réunion et doit être perçue comme la première contribution du Comité Opéra au débat sur des sujets majeurs.

Michel HERMANT
Président du Comité Opéra

I • LE RESTE À CHARGE DÉFINITION ET TENDANCES

Lorsque l'on se penche sur la question du reste à charge, il apparaît qu'il s'agit d'une problématique relativement nouvelle, complexe et aux contours encore flous avec une base de connaissances qui reste à construire. Mais il y a également quelques certitudes : le reste à charge augmente et va continuer à augmenter dans les prochaines années, nous obligeant à réinterroger le fonctionnement même de notre système de santé.

1. DE QUOI PARLE-T-ON ?

Le reste à charge, ou RAC, est une problématique relativement nouvelle et encore mal connue. Sa terminologie relève plus du vocabulaire assurantiel que de celui de la protection sociale, et sa définition s'avère, en fait, relativement simple, puisque l'on peut considérer qu'il s'agit de tout ce qui n'est pas remboursé. C'est donc ce qui reste à la charge des ménages, qu'il s'agisse du ticket modérateur ou des dépenses non remboursées.

Une distinction doit être faite entre le « RAC 1 », qui est le reste à charge après le remboursement par le régime obligatoire de la Sécurité Sociale et le « RAC 2 », celui après l'intervention des complémentaires.

STRUCTURE DES DÉPENSES DE BIENS ET SERVICES MÉDICAUX

	2004				2008			
	HOSPIT.	AMBUL.	B.MEDIC.	TOTAL	HOSPIT.	AMBUL.	B.MEDIC.	TOTAL
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	Total	100,0%	100,0%	100,0%
Sécurité sociale	92,1%	68,2%	61,8%	77,1%	Sécurité sociale	90,6%	66,9%	60,1%
Etat et CMU-C	1,2%	1,6%	1,4%	1,4%	Etat et CMU-C	1,3%	1,6%	1,1%
RAC 1	6,7%	30,2%	36,8%	21,5%	RAC 1	8,1%	31,5%	38,8%
Mutuelles	2,4%	11,0%	12,4%	7,6%	Mutuelles	3,0%	10,9%	12,2%
Sociétés d'assurance	1,0%	5,0%	4,5%	3,1%	Sociétés d'assurance	1,4%	5,2%	5,0%
Institutions de prévoyance	0,9%	4,0%	4,0%	2,6%	Institutions de prévoyance	1,0%	3,7%	3,7%
RAC 2	2,4%	10,2%	16,0%	8,3%	RAC 2	2,8%	11,8%	9,4%

Source DRESS. (1) : y compris le déficit des hôpitaux publics - (2) y compris prestations Cmu - C

Entre 2004 et 2008, la dépense totale a augmenté de 26 milliards d'euros dont 17 milliards pour la Sécurité Sociale, 4 milliards pour les complémentaires et environ 4 milliards pour les ménages. Des ménages qui représentent 9 % de la dépense, mais 16 % de l'augmentation de celle-ci. C'est-à-dire que la part des ménages dans l'augmentation de la dépense représente le double de celle dans le stock de dépenses. C'est cela qui pose question et, disons le, problème.

Si nous prenons l'exemple des soins ambulatoires, les dépenses ont augmenté de 15 milliards : 56 % pour la Sécurité Sociale, 20 % pour les complémentaires et 24 % pour les ménages.

2. UNE PROBLÉMATIQUE NOUVELLE ET COMPLEXE

En réalité, le reste à charge est une problématique relativement nouvelle, qui s'est développée au cours des 3-4 dernières années. Mais c'est également une notion qui attire de plus en plus l'attention, et notamment par le fait qu'en 2009, des travaux attachés à la santé ont été publiés :

- Le rapport 2009 du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM)* y consacre un chapitre entier,
- Le rapport du bureau d'étude et de conseil JALMA** a mis en évidence la montée importante du coût de la santé pour les ménages, et notamment du reste à charge,
- Le rapport de Bertrand Fragonard et de Raoul Briet*** sur le bouclier sanitaire était également une manière de traiter ce sujet,
- L'étude de Pierre-Yves Geoffard et Grégoire De Lagasnerie (2009).****

Cette dernière, qui portait exclusivement sur le reste à charge public (CNAM), a démontré que le reste à charge est un facteur d'inégalités. Plus on est défavorisé et plus le reste à charge est important, non pas en valeur absolue mais en valeur relative. Ainsi, pour les 10 % des revenus les plus faibles (1er décile), le ticket modérateur est de 3.4 % des revenus, avec un reste à charge de 1.4 % ; pour les 10 % des revenus les plus élevés (dernier décile), le reste à charge n'est que de 0.7 % du revenu. Ainsi, il est plus fort en valeur absolue mais plus faible en valeur relative, et s'avère donc contre-redistributif.

L'un des éléments discriminants en matière de reste à charge est celui des affections de longue durée (ALD) :

- Assurés en ALD : 10 % paient plus de 6570 euros /an avec un reste à charge de 643 euros
- Hors ALD : 10 % paient plus de 1777 euros /an avec un reste à charge de 448 euros

Contrairement à l'idée reçue, être en ALD ne signifie pas que, parce que l'on est pris en charge à 100 %, on n'a pas de reste à charge. Et si le reste à charge reste plus important en valeur relative pour les revenus les plus faibles, il est plus important en valeur absolue pour les patients en ALD ainsi que pour les personnes âgées.

*Rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, septembre 2009, qui analyse l'état des comptes, la prise en charge des dépenses de soins par les différents financeurs et la « maîtrise médicalisée ».

**Etude « les Français et la réforme de l'Assurance Maladie », institut CSA pour le Cabinet Jalma, novembre 2009. Sondage réalisé les 21 et 22 octobre 2009, auprès d'un échantillon représentatif de 1004 personnes âgées de 18 ans et plus.

*** Mission bouclier sanitaire, Bertrand Fragonard et Raoul Briet, septembre 2007.

**** Appariement des données CNAMTS (remboursements) et enquête santé 2002-2003 (variables socio-démographiques), sur 15024 individus, soins de ville uniquement.

3. UNE BASE DE CONNAISSANCES QUI RESTE À CONSTRUIRE

Malgré cet intérêt nouveau, l'état des lieux est mal connu. Globalement, si l'on dispose de quelques données agrégées au niveau national, la situation est assez mal connue en ce qui concerne la répartition et les individus ayant les restes à charge les plus importants.

Nous disposons, à ce jour, d'une connaissance globale de la structure de financement des dépenses de santé qui permet de déduire le reste à charge. Ainsi, la part des dépenses de santé prises en charge par l'assurance de base tend à diminuer (passage de 77.1 % à 75.5 % entre 2004 et 2008, sachant qu'en 2009 et 2010, il y a eu toute une autre série de remboursements). On peut donc penser que la part de reste à charge a encore augmenté au détriment des organismes complémentaires dont la part passe de 13.2 % à 13.7 % (augmentation de 0.5%), et surtout des ménages dont la part est passée de 8.3 % à 9.4 %.

Cette part des ménages va être inévitablement amenée à croître, tout comme celle des complémentaires santé dont la part s'est accrue ces derniers temps, pour des raisons structurelles liées principalement au désengagement de la Sécurité Sociale et conjoncturelles, telles que le coût des dépenses engendrées par la grippe A (H1N1).

Le degré de connaissance sur le reste à charge devrait s'améliorer dans les prochaines années. Car si, aujourd'hui, le reste à charge public c'est-à-dire ce que l'Assurance Maladie obligatoire ne rembourse pas est le mieux connu, c'est beaucoup plus difficile pour la combinaison RO-RC. Et ce pour une raison simple : il n'existe pas, à ce jour, de bases de données individuelles qui fusionnent les données de remboursement des régimes obligatoires et des régimes complémentaires.

Cela devrait changer avec la création de l'Institut des Données de Santé (IDS), qui prévoit qu'il y ait des échanges, l'Assurance Maladie devant mettre à disposition des complémentaires le Système National d'Informations Inter-Régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) contenant les informations sur le remboursement des assurés. En échange, les complémentaires partagent également des informations afin que l'on puisse, à terme, croiser les deux de manière à avoir sur le plan individuel des données complètes de remboursement, notamment sur l'assurance publique obligatoire car, pour l'instant, ce n'est pas le cas.

4. UNE HAUSSE TENDANCIELLE DU RESTE À CHARGE

Des études d'opinion récentes montrent que la santé apparaît comme l'une des préoccupations majeures des Français, avec 56 % d'entre eux se déclarant préoccupés par les problématiques de santé. L'item se place en deuxième position, derrière le chômage (75 %) mais avant le pouvoir d'achat (50 %) et les inégalités sociales (41 %)*. Une tendance qui peut probablement être rapprochée d'une autre réalité : la hausse tendancielle du reste à charge et la difficulté qu'elle peut représenter, pour certains, dans l'accès aux soins.

*Etude TNS SOFRES : Baromètre des préoccupations des Français – vague octobre 2009.

EVOLUTION DU RESTE À CHARGE

	en %						
	1995	2000	2004	2005	2006	2007	2008
Sécurité sociale de base (1)	77,1	77,1	77,1	77,0	76,3	76,1	75,5
État et CMU-C org.de base	1,1	1,2	1,4	1,3	1,4	1,4	1,3
Organismes complémentaires (2)	12,2	12,8	13,2	13,2	13,4	13,5	13,7
Mutuelles	7,3	7,7	7,6	7,7	7,8	7,7	7,7
Sociétés d'assurance	3,3	2,7	3,1	3,1	3,2	3,3	3,5
Institutions de prévoyance	1,6	2,4	2,6	2,5	2,4	2,5	2,5
Ménages	9,6	9,0	8,3	8,4	8,9	9,0	9,4
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source DRESS. (1) : y compris le déficit des hôpitaux publics - (2) y compris prestations Cmu - C

Cette tendance s'explique principalement par deux raisons :

- Une hausse des dépenses non remboursées,
- La multiplication des dispositifs de participation des usagers aux coûts des soins.

Cette évolution pose à notre système de santé dans son ensemble un problème d'efficacité, mais également un problème structurel de recettes qui est résolu, chaque année, par des déremboursements ou des prélèvements ponctuels supplémentaires.

Progressivement, mais sur un rythme soutenu au cours des dernières années, nous assistons à un transfert des parts de dépenses prises en charge par l'assurance obligatoire vers les complémentaires santé et les ménages. L'une des conséquences est la hausse du RAC 1, avec un transfert sur les complémentaires dont les cotisations augmentent pour compenser ce qui n'est plus remboursé par la Sécurité Sociale, produisant un « RAC caché ».

Les conséquences pour les ménages sont pointées par des organismes comme le Secours Populaire ou le Secours Catholique, qui fournissent régulièrement des rapports sur les questions de non accès aux soins pour des raisons financières, mais aussi sur le problème des dépassements d'honoraires excessifs.

Cette augmentation va-t-elle s'accroître à l'avenir ? Ne va-t-elle pas conduire à un renoncement aux soins, comme semble craindre le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, qui relève que « les restes à charge, notamment hospitaliers, peuvent peser lourdement sur le budget de certains ménages, voire entraver l'accès aux soins lorsque que l'effort financier à fournir est trop important par rapport au revenu* ».

* Rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, septembre 2009.

II • LES ENJEUX LIÉS AU RESTE À CHARGE

Le reste à charge met en exergue de nombreux enjeux propres à notre système de santé auxquels nous devons être en mesure, collectivement et individuellement, d'apporter des réponses. Des enjeux de solidarité nationale, d'équilibre entre dépenses et recettes, de courage politique et de responsabilité de chacun des acteurs pour pouvoir relever les défis qui sont devant nous.

1. UN ENJEU DE SOLIDARITÉ NATIONALE

C'est la solidarité, sur laquelle nous avons bâti notre système d'Assurance Maladie. Aujourd'hui, nous sommes confrontés à un certain nombre de difficultés qui font que celui-ci est actuellement remis en cause.

Le système de santé « à la française »

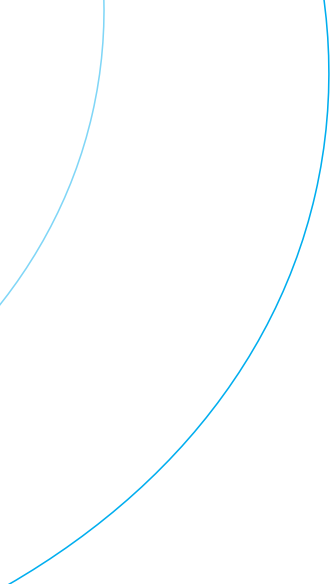
En France, notre régime de base repose sur le principe de la solidarité qui veut que l'on finance en fonction de ses revenus et que l'on soit remboursé selon ses besoins. Un modèle basé sur la solidarité, qui sous-tend notre système de santé, et où le principe est celui d'un égal accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire et à tarif remboursable.

A travers les cotisations et grâce aux transferts, on acquiert un droit aux soins et le droit de voir le médecin que l'on souhaite. Quand on est malade, on est pris en charge par la « collectivité », avec un double niveau de financement :

- Le régime de base : nous avons vu qu'il diminue depuis 3 ans, passant de 77 % à 75 % et baissant encore davantage pour l'ambulatoire. C'est une évolution importante à laquelle il faut être attentif.
- Les complémentaires santé : 92 % des concitoyens ont une complémentaire et pour les 4 % restants : 2 % sont des jeunes cadres pensant qu'ils n'en ont pas besoin et les 2 % restants n'arrivent pas à la payer. Cette dernière catégorie doit attirer l'attention, car elle représente un véritable risque de renoncement aux soins.

Si on le compare à celui d'autres pays, le système français s'avère plutôt satisfaisant et, jusqu'à présent, tout se passe plutôt bien. Nous avons une bonne espérance de vie, notre système redistributif fonctionne de façon plutôt satisfaisante, nous sommes plus justes que les autres.

Combien y a-t-il de pays au monde dans lesquels, on retrouve une médecine équivalente à celle que nous avons en France ?



Pour autant, il y a une véritable inquiétude pour l'avenir, avec une problématique angoissante : pourrions-nous maintenir ce système dans un contexte de raréfaction des ressources, avec une croissance économique plus faible, avec des inflations démographiques de la population et avec de jeunes médecins aux pratiques différentes ? Autrement dit, est-il menacé ?

Efficiency et équilibre entre dépenses et recettes

Les dépenses de santé augmentent sur un rythme d'un point de plus que l'évolution du PIB, et cette tendance ne semble pas devoir s'inverser dans le futur. Et s'il ne faut pas occulter, comme c'est trop souvent le cas, que ces dépenses participent à la croissance du pays et du PIB, les déficits s'accumulent et nous les transmettons aux générations futures.

La priorité doit donc être à la recherche d'efficacité, tout en préservant le principe de solidarité et de redistribution, notamment en direction des ménages les plus vulnérables. Des économies peuvent être réalisées dans les hôpitaux, dans les cliniques et en ambulatoire. Nous pouvons faire mieux pour soigner correctement et à moins cher.

Aujourd'hui, on observe une concentration des efforts exclusivement sur les dépenses. Cependant, un certain consensus est tout de même en train de s'amorcer, ce qui n'était pas le cas il y a quelques années. On disait : « *économie, restructuration sans toucher au financement* ». Actuellement, on est dans une autre dynamique, plutôt positive, car si on ne touche pas au problème du financement, on va inexorablement voir se développer le reste à charge et de ce fait, les inégalités vont se creuser.

Le déficit est de l'ordre de 15 milliards d'euros et des économies à hauteur de 2 à 3 milliards ne suffiront donc pas à le combler. A vouloir continuer à résoudre exclusivement le problème des dépenses, le système risque de faire du « sur-place », le déficit résultant d'un déséquilibre entre recettes et dépenses.

Il faut maîtriser la dépense, mais également et surtout agir sur les recettes, ou alors diminuer les remboursements et, dans ce cas, nous laissons filer l'augmentation du reste à charge. Une stratégie qui reviendrait à affaiblir notre système par un transfert des remboursements sur les complémentaires et les ménages, qui mécontente les personnels de santé, culpabilise les assurés et s'avère profondément injuste.

2. LE COURAGE POLITIQUE

Pour assurer l'avenir de notre système de santé, une réforme de son financement reste à faire, aussi bien en termes quantitatif que qualitatif. Une réforme complexe, d'envergure, qui nécessitera de réinterroger l'ensemble du système, en s'interrogeant sur le niveau de participation de chacun.

Il apparaît aujourd'hui évident à la plupart des acteurs que le statut quo ne peut pas être une option d'avenir. Les réformes à venir nécessiteront, de la part des décideurs politiques, un véritable courage pour la porter et la faire aboutir dans les prochaines années.

Pour s'engager sur la voie des réformes, l'impulsion devra, en premier lieu, venir des pouvoirs publics. Or, les derniers épisodes en date, notamment les négociations sur le secteur optionnel et l'attente d'un règlement arbitral, démontrent que c'est plutôt l'inertie qui a tendance à l'emporter.

Sur le secteur optionnel, dont l'objectif était de faire le lien entre le Secteur 1 et le Secteur 2, le gouvernement exigeait la signature, avant le mois d'octobre 2009, d'un accord entre l'Assurance Maladie, les syndicats de médecins et les complémentaires santé. Cette signature a eu lieu le 15 octobre 2009, mais depuis, pas de réponse des pouvoirs publics. Pour expliquer l'absence de validation, la seule réponse de Madame la Ministre de la Santé, Roselyne Bachelot, fut que le projet n'était pas parfait mais qu'il a été envisagé de l'intégrer dans le règlement arbitral...

L'une des conditions du succès sera de pouvoir expérimenter, d'explorer de nouvelles voies pour trouver des solutions efficaces et justes, dans une période où la plupart des modèles sont repensés, réinterrogés... voire remis en cause.

Alors, certes, il ne constitue probablement pas la solution idéale, mais existe-t-elle ? Il pourrait, néanmoins, être une vraie solution et il est donc décevant que cette expérimentation du secteur optionnel n'ait pas lieu, car de nombreux praticiens auraient pu choisir ce secteur, ce qui aurait permis l'amorçage de la déflation du RAC.

Malheureusement, les pouvoirs publics n'ont pas encore décidé de sauter le pas. Ce qui est dommageable car, la vie politique étant ce qu'elle est, il faudra probablement attendre la présidentielle de 2012. Une élection dans laquelle le financement et la réforme du système de santé risquent bien de s'inventer et être l'un des enjeux majeurs de la campagne.

3. RELEVER LES NOUVEAUX DÉFIS

Le vieillissement de la population

La structure de la pyramide des âges étant connue, nous allons devoir faire face collectivement au défi posé par le vieillissement de la population française, qui va avoir un impact fort sur notre système de santé.

Si les tendances démographiques récentes se maintiennent, au 1er janvier 2050, la France métropolitaine compterait 70,0 millions d'habitants, soit 9,3 millions de plus qu'en 2005. La population augmenterait sur toute la période, mais à un rythme de moins en moins rapide.

En 2050, un habitant sur trois serait âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005. La part des jeunes diminuerait, ainsi que celle des personnes d'âge actif. En 2050, 69 habitants seraient âgés de 60 ans ou plus pour 100 habitants de 20 à 59 ans, soit deux fois plus qu'en 2005.*

PYRAMIDE DES ÂGES EN 2050



Source : Insee, projections de population - janvier 2010

Le fait que l'on vive plus longtemps et l'on ne peut que s'en féliciter se traduit nécessairement dans les dépenses de santé. Aujourd'hui, une personne sur deux qui naît sera centenaire, et on évalue à 1/3 de la progression des dépenses de santé l'effet vieillissement.

Dépendance et progrès médicaux

L'un des corollaires de ce vieillissement de la population sera que nous resterons dépendants plus longtemps. Si l'entrée en dépendance se fait plus tardivement, le nombre de personnes dépendantes est en forte augmentation. Ainsi, en 2000, la France comptait 800 000 personnes âgées dépendantes dont les deux-tiers sont des femmes. Selon le modèle de microsimulation Destinie, on estime qu'en 2040, il y aura 50 % de personnes dépendantes.*

Une dépendance dont on est loin d'avoir réglé le problème du financement, comme l'on démontré les épisodes, pour le moment largement avortés, du dossier d'un 5ème Risque. Nous en sommes, aujourd'hui, plus à l'étape des questions que des réponses...

Pour ne prendre que quelques exemples :

- Des pathologies comme la maladie d'Alzheimer, pour prendre la plus connue par nos concitoyens, vont continuer à se développer. Elle touche déjà plus de 800 000 personnes en France,
- Les cancers sont mieux traités, avec des traitements (chimiothérapies...) qui s'avèrent efficaces, mais également très coûteux,
- Il y a quelques années, lorsqu'une personne avait un accident vasculaire cérébral, elle en mourait. Aujourd'hui, on peut rester paralysé pendant des mois ou des années, avec des frais médicaux très lourds.

La prise en charge de la dépendance, aussi bien d'un point de vue individuel (aide aux aidants, entrée en établissement...) que collectif, représente donc un enjeu majeur pour l'avenir. Enjeu qui peut être rapproché de celui de la question des progrès médicaux et de leur coût, élément à prendre en compte également.

En France, la logique veut qu'à partir du moment où il y a un progrès médical, on le donne aux patients et on va négocier le prix avec le fabricant. Lorsqu'un traitement est efficace, on continue. Ce n'est pas le cas partout. En Grande Bretagne, par exemple, ils disent : « *c'est trop cher, on ne soigne pas* ».

Il faut remonter à la conception de notre système de santé, dont la philosophie est de permettre au plus grand nombre d'accéder aux progrès de la médecine, aux nouveaux traitements permettant d'améliorer l'espérance et la qualité de vie, avec une prise en charge satisfaisante.

Cela avec un corollaire : quel coût, à la fois pour la collectivité et pour les assurés sociaux ? Et avec quel reste à charge ?

* Duée et Rebillard, 2006. Destinie : modèle démographique économique et social de trajectoires individuelles simulées.

III • LES DIFFÉRENTS ACTEURS FACE AU RESTE À CHARGE

Le principe de solidarité doit se jouer au niveau de l'ensemble des acteurs : pouvoirs publics, professionnels de santé, complémentaires santé, assurés sociaux. Chacun devra, à son niveau, apporter sa contribution au rétablissement de l'équilibre de notre système de santé et à la maîtrise du reste à charge. En faisant preuve de courage, de responsabilité, de créativité et d'innovation.

1. LES POUVOIRS PUBLICS

Des dispositifs « mille-feuilles »

La problématique du reste à charge est complexe, notamment par la complexité croissante des dispositifs et par l'augmentation de leur nombre. D'autant que celle-ci se fait, le plus souvent, de manière anarchique.

En effet, aujourd'hui, la tendance n'est pas de « jouer » au niveau du ticket modérateur mais plutôt d'ajouter à celui-ci des dispositifs de participation, plutôt forfaitaires, s'additionnant les uns aux autres dans une certaine confusion :

- Le forfait hospitalier (1984) qui est passé à 18 euros par jour depuis le 1er janvier,
- Le forfait de 18 euros sur les actes supérieurs à 91 euros (2004),
- La contribution de solidarité de 1 euro (2005),
- Les franchises médicales (2008) avec les 50 centimes par boîte de médicaments et acte paramédical et les 2 euros par transport avec un plafond journalier et un plafond annuel.

Bref, une multitude de dispositifs qui s'empilent, dans une logique de strate ou comme un mille-feuille, ce qui rend l'architecture de notre système de prise en charge des dépenses de santé extrêmement complexe... même pour les plus initiés. D'autant qu'il faut ajouter, au sein de chacun de ces dispositifs, de nouvelles variables ; concernant le forfait hospitalier, par exemple, il existe toute une série de forfaits, et de limitations.

A cet accroissement de la participation lié à la multiplication des dispositifs s'ajoute une augmentation importante des soins non remboursés, avec notamment le déremboursement, au cours de ces dernières années, de très nombreux médicaments considérés à Service Médical Rendu Insuffisant (SMRI). Des déremboursements qui posent la question de la fixation des prix par les laboratoires.

On observe, en cas de déremboursement d'un produit, une chute des ventes de l'ordre de 60 % environ pour une augmentation des prix d'environ 100 %, le laboratoire n'étant plus soumis à la fixation administrative des prix. Une situation qui est mal perçue par les assurés sociaux, même si 70-80 % d'entre eux arrêtent d'acheter le médicament.

Il y a là, incontestablement, un sujet de réflexion, car l'on dévalorise à la fois la prescription et à la fois le patient. Et les Français ne semblent pas être nombreux à considérer qu'arrêter d'acheter un médicament soit une avancée sociale.

Un système devenu illisible

La conséquence de cette situation, de ces nombreux remaniements et changements, est une perte de la connaissance du système par l'ensemble des acteurs.

En effet, lorsque l'on se livre, comme l'a fait le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, à l'observation de chaque dispositif pris indépendamment, on remarque que les exonérations sont à chaque fois différentes. Prenons deux exemples significatifs (mais ils pourraient probablement être multipliés) :

- Les patients en ALD ne sont pas exonérés pour la contribution de 1 euro mais sont exonérés pour le ticket modérateur et les 18 euros.
- Pour les franchises médicales, les femmes enceintes et les enfants sont exonérés alors que les ALD ne le sont pas. On fait donc payer le plafond aux plus malades. Cet aspect constitue un paradoxe pour un système qui se dit solidaire.

LES EXONÉRATIONS

Dispositifs	1 euro et franchise	18 euros	Forfait journalier à l'hôpital	Ticket modérateur à l'hôpital	Parcours de soins
Bénéficiaires de la CMUc	EXO	EXO			
Femmes enceintes (1)	EXO	EXO	EXO	EXO	
Patients en ALD		EXO			
AT et MP (2)		EXO	EXO	EXO	
Pension d'invalidité		EXO			
L115 du code des pensions militaires			EXO		
Mineurs de 0 à 1 mois hospitalisés	EXO	EXO	EXO	EXO	
Mineurs de 0 à 16 ans	EXO				EXO
Mineurs de plus de 16 ans	EXO				EXO
Mineurs allocataires éducation spéciale			EXO		
Hospitalisation > 30 jours (3)		EXO		EXO	
Assurés exonérés au titre du K50 (3)				EXO	

Source : HCAAM, Rapport 2009

A l'arrivée, l'ensemble de ces dispositifs produit une forte incompréhension face au fonctionnement du système, à la fois de la part des assurés mais également de la part des services publics eux-mêmes.

Le système est devenu illisible pour les concitoyens qui ne savent pas à l'avance ce qu'ils vont devoir déboursier.

(1) à compter du 6ème mois de grossesse.

(2) Accidents de Travail et Maladies Professionnelles.

(3) concerne les assurés de droit commun.

2. LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Les professionnels de santé représentent des acteurs fondamentaux face au sujet du reste à charge. En effet, si nous avons vu que plusieurs problématiques concernent les pouvoirs publics, certaines, comme la sectorisation, les dépassements d'honoraires, la démographie médicale et l'évolution des pratiques, les concernent directement.

La « sectorisation »

En France, 14 % des généralistes et 40 % des spécialistes exercent en Secteur 2. Un secteur créé dans les années 70 pour offrir une marge de manœuvre avec des honoraires « libres » puis fermé en 1990 par Claude Evin. Il n'est ouvert, aujourd'hui, qu'aux services hospitaliers.

L'existence de ces deux secteurs* a, depuis quelques années, conduit à l'apparition d'inégalités entre les professionnels de santé :

- Les médecins du Secteur 1 sont confrontés à des inégalités en termes de revenus vis-à-vis du Secteur 2 et n'ont comme seules alternatives de travailler plus et de faire plus de volume par l'augmentation du nombre d'actes médicaux.
- Se pose également la question des spécialités car, si la majorité des spécialités médicales ont des dépassements d'honoraires bien en dessous des 50 %, certaines ont des dépassements bien supérieurs.

De nombreux professionnels de santé sont conscients que le Secteur 2 est aujourd'hui dépassé et qu'il faut lui trouver une alternative. Bien qu'imparfaite, l'option du secteur optionnel aurait été une réponse au problème d'accessibilité aux soins des patients.

Ce Secteur 2 a posé des problèmes aux deux secteurs :

- Défavorable, à très court terme, aux médecins de Secteur 1,
- Défavorable, à moyen et long terme, aux médecins du Secteur 2. En effet, le décrochage entre la valeur des actes et le remboursement, au fil du temps, s'est accru. Aujourd'hui, ce complément d'honoraires est jugé illégitime et illicite (alors que le principe est parfaitement légitime). Ils sont donc montrés du doigt et rencontrent des patients en difficulté pour accéder aux soins. (Des chirurgiens se retrouvent face à des patients qui ne peuvent pas payer leur opération chirurgicale).

* Auxquels s'ajoute un Secteur 3. |

Mais le sujet est complexe: on ne peut pas résoudre le problème des dépassements d'honoraires et à la fois bloquer la valeur des actes en Secteur 1. Si on veut que le Secteur 1 redevienne attractif, il faut que des investissements soient faits préférentiellement sur celui-ci. Il faut également que les contrats signés entre les praticiens et la caisse d'Assurance Maladie soient bien respectés.

Il serait, par ailleurs, intéressant d'avoir une lisibilité sur la revalorisation régulière des actes (pourquoi pas une diversification dans les modes de rémunération). Il faudrait également réfléchir à un plan de carrière dans le secteur médical pour le Secteur 1 car il ne suit pas une courbe ascendante comme dans la plupart des professions.

Responsabilité des professionnels de santé

La question de la responsabilité des professionnels de santé dans l'évolution du reste à charge a été posée, notamment à travers la question des dépassements d'honoraires qui a largement occupé les débats lors de ces premières Rencontres.

Le manque d'évolution globale et de normalisation commence aujourd'hui à pénaliser l'ensemble de la profession, mais également les assurés. Par exemple, le manque de transparence vis-à-vis du prix de l'acte, le refus de certaines propositions permettant de pratiquer un certain pourcentage d'actes au tarif opposable ou encore l'absence de prise de conscience vis-à-vis des difficultés d'accès aux soins de certains patients posent problèmes.

Aujourd'hui, un certain nombre de professionnels de santé, notamment des chirurgiens, ne voient malheureusement pas la détérioration de la situation économique des concitoyens et des établissements. Or, cette prise de conscience est indispensable pour maîtriser la hausse des restes à charge qui pèse lourdement sur le budget de certains ménages et peut entraver l'accès aux soins.

Le reste à charge est plus important à Paris et dans le secteur privé avec des taux très importants. Certains professionnels devraient passer en Secteur 3, et ne se trouvent plus réellement dans un système de solidarité.

Autre exemple: l'évolution des médicaments délivrés en ville est négative. Or, elle cache une forte disparité: elle est très fortement négative pour les prescriptions délivrées par les médecins de ville alors qu'elle progresse 10 fois plus pour les médecins hospitaliers. On a donc des transferts entre l'hôpital et la ville.

Tous ces faits ont une incidence lourde sur le reste à charge et la capacité des assurés à accéder aux soins. Des difficultés d'accès auxquelles les professionnels de santé se retrouvent confronter et qui doivent les amener à prendre leurs responsabilités, notamment en matière de dépassements d'honoraires.

3. LES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ

92% des Français ont une complémentaire santé. Elles sont donc des piliers fondamentaux de notre système de santé.

A ce titre, elles ont également une responsabilité dans l'évolution du reste à charge... mais qu'elles ont plutôt tendance à subir, du fait des transferts de charges entre la Sécurité Sociale et les complémentaires.

Les chiffres sur l'augmentation du reste à charge étant posés, l'augmentation de la part des complémentaires est inévitable. Ainsi, l'absence d'augmentation des prélèvements généraux notamment la CSG (Contribution Sociale Généralisée), conduit à une augmentation de la cotisation des complémentaires et donc à une augmentation du reste à charge.

En comparaison avec des pays où il existe une Assurance Maladie de base universelle et obligatoire, nous sommes le seul où la part de l'assurance complémentaire est la plus importante. Avec, parfois, des effets pervers.

En effet, certains praticiens en Secteur 2 s'appuient souvent sur le niveau de remboursement des mutuelles. Il y a donc là aussi une responsabilité de la mutualité dans ce dérapage vers le haut. On pourrait imaginer que les mutuelles fixent un tarif pour les meilleurs contrats qui serait à 300-400% et qui serait plafonné.

Les complémentaires santé doivent donc aujourd'hui s'interroger sur :

- L'impact, sur leur modèle économique et solidaire, du transfert de charges de l'Assurance Maladie,
- Les voies leur permettant de maîtriser le reste à charge pour leurs adhérents, aussi bien par la maîtrise des cotisations que par le développement des contrats responsables,
- L'attention particulière à porter aux ménages les plus fragiles, afin qu'ils ne se retrouvent pas exclus de l'accès aux soins.

Autant de questions qui touchent à l'essence même de leur activité.

IV • QUELS LEVIERS POUR MAÎTRISER LE RESTE À CHARGE

Face à la réalité qui vient d'être décrite, il est important aujourd'hui de trouver des « leviers » pour agir sur le reste à charge, le maîtriser, afin qu'il reste dans des mesures raisonnables et acceptables pour l'ensemble des acteurs. Des leviers qui touchent aussi bien à l'organisation institutionnelle du système de santé qu'au mode de rémunération des professionnels de santé, à la démographie médicale, à l'évolution des pratiques ou au développement de la prévention.

1. DE NOUVEAUX DISPOSITIFS LÉGISLATIFS

Le secteur optionnel

Le secteur optionnel, évoqué plus haut, vise à agir dans trois directions :

- Cantonner les dépassements d'honoraires dans une certaine limite; c'est-à-dire donner la possibilité à ceux qui optent pour le secteur optionnel de plafonner leurs dépassements à 50 % de la valeur de l'acte de base. Ainsi, le dépassement d'honoraires n'est pas déconnecté de la valeur de l'acte de base, qui doit continuer à progresser,
- Permettre à ceux qui acceptent de rentrer dans ce dispositif de bénéficier des mêmes « avantages », sous forme de prise en charge des cotisations sociales, que ceux qui exercent en Secteur 1,
- Faire bénéficier les patients qui consultent les médecins du secteur optionnel d'une prise en charge totale.

Des critères de qualité ont également été définis. Ainsi, les praticiens qui sont dans ce secteur ont des obligations nouvelles que n'ont pas les autres notamment en matière de transparence.

Evidemment ce texte n'est pas parfait, et présente même plusieurs inconvénients :

- L'UNOCAM s'engage à en faire la promotion, mais rien n'assure que la signature de celle-ci engage l'ensemble des complémentaires.
- Ce système n'est peut-être pas assez attractif pour qu'un certain nombre de praticiens du Secteur 2 rejoignent ce secteur optionnel. La moyenne des dépassements d'honoraires observée dans ce secteur est de 50 %. Le critère de plafonnement retenu correspond donc bien à une situation rencontrée, mais ne règle pas le problème des dépassements qui sont très supérieurs à ces 50 %.
- Enfin, ce secteur optionnel ne concerne que les plateaux techniques.

Il s'agit d'un sujet complexe, à étudier zone par zone, territoire par territoire, en tenant compte des spécificités propres à chacun.

Le secteur optionnel constituerait donc une solution, même si elle n'était pas idéale. 500 spécialistes l'avaient choisi, dont 200 chirurgiens, ce qui démontre qu'un certain nombre de professionnels de santé sont conscients que le Secteur 2 est aujourd'hui dépassé... et que, pour le moins, l'heure de l'expérimentation de nouvelles voies semble être arrivée.

Le bouclier sanitaire

Le projet de « bouclier sanitaire », qui vient de faire l'objet d'un rapport de l'Irdes*, a été initié par Martin Hirsch, lorsqu'il était Haut Commissaire aux Solidarités Actives. Il constituait, à la base, une alternative aux franchises, mais se pose aujourd'hui plus comme une voie d'évolution de l'ALD et comme une piste de réforme permettant de plafonner le reste à charge.

Le principe :

- Un taux unique de remboursement sur tous les soins surtout ambulatoires,
- Une disparition de tous les dispositifs de participation (forfaits...),
- Un plafond du reste à charge et donc une prise en charge à 100% au-delà de ce plafond (un forfait fixe de 300-400 euros par patient).

L'intérêt de ce dispositif est d'être relativement simple et socialement plus juste car il y a un plafond unique pour tout le monde, et on évite ainsi un reste à charge élevé sur les patients les plus malades (ALD) et les plus défavorisés.

Cependant, il pose également de nombreuses questions :

- Le reste à charge global se trouve à un niveau de 400 euros. Ce qui pose problème d'un point de vue philosophique, c'est la possibilité de moduler ce plafond en fonction du revenu. Dans ce cas, les prestations de la Sécurité Sociale seraient indexées sur les revenus, on sortirait de la logique fondatrice du système de santé français, présentée au début de cette note, car on ne rembourserait pas tout le monde selon ses besoins. Cette idée est révolutionnaire au regard des principes de la protection sociale à la française et change la philosophie de l'Assurance Maladie
- L'autre interrogation est de savoir si le reste à charge prend en compte toutes les dépenses ou non. Si on prend le reste à charge seulement sur le remboursable, on va dire à la population qu'il y a un reste à charge remboursable et un autre reste à charge pour les dépassements d'honoraires, l'optique, le dentaire. C'est donc invendable, car dans ce cas, le coût sera de 400 euros avec en plus d'autres dépenses.

* Rapport « Bouclier sanitaire : choisir entre égalité et équité? », T. Debrand et C. Sorasith, Juin 2010

- Cependant, si on l'applique à l'ensemble des dépenses de santé, les complémentaires disparaissent. Dans ce cas, le bouclier sanitaire met en péril l'assurance complémentaire. En effet, pourquoi une population jeune et en bonne santé assurée de ne pas avoir de reste à charge jusqu'à un certain niveau en fonction de son revenu, continuerait-elle de cotiser? Il y aurait progressivement chez cette catégorie de personnes, un décrochage par rapport au principe de base de la protection maladie de notre pays.
- Par ailleurs, il faut revoir les affections de longue durée (ALD) avec l'idée que les ALD augmentent plus que les autres. Ainsi, pour limiter les dépenses, il faut limiter les ALD. Une mission parlementaire s'était interrogée sur des solutions possibles et avait conclu qu'il fallait s'intéresser aux entrées et sorties des ALD (supprimer des maladies de la liste étant impossible). Or, à l'entrée et à la sortie, ça ne coûte rien.

Ce bouclier sanitaire suscite beaucoup d'interrogations et reste porteur de nombreuses incertitudes. Sa mise en place apparaît, à ce jour, très compliquée voire difficilement envisageable pour un grand nombre d'observateurs.

La réforme fiscale/sociale

Sur le plan de la fiscalité, la perspective d'une fusion entre l'IRPP (impôt sur le revenu) et la CSG pose de vraies interrogations. En effet, il existe beaucoup de niches fiscales pour l'IRPP... et « *dans chaque niche, il y a deux chiens !* »

Ainsi, il faut réfléchir à cette problématique pour pouvoir proposer un impôt unique. Une réforme qui rendrait le financement progressif. Seulement aujourd'hui, nous sommes sur une tradition de proportionnalité, les cotisations sociales sont proportionnelles, nous ne sommes pas dans une notion de progressivité.

Il est donc important que les questions du financement, et donc du reste à charge ne soient pas envisagées sous le seul angle du budget de l'Assurance Maladie mais soient revues dans un cadre général de mise à plat des prélèvements généraux, prenant en compte les prélèvements fiscaux et les prélèvements sociaux.

Certains plaident pour que l'on discute à la fois des problèmes de recettes du budget de l'Etat et de l'Assurance Maladie dans une même commission et non plus séparément avec une commission des finances, et une commission des affaires sociales. Cela permettrait de lever définitivement cette ambiguïté qui repose sur le fait que le prélèvement social est d'une autre nature que le prélèvement fiscal.

Pour revenir aux sujets des niches fiscales et sociales, elles demandent une révision. Ainsi, certains, comme le Nouveau Centre, proposent de les diminuer de 5 à 10 %. Il a été admis que cela constituait un risque politique, mais une solution pour trouver des financements.

2. LES DÉPASSEMENTS / COMPLÉMENTS D'HONORAIRES

Le problème constitué par les dépassements d'honoraires a été nié pendant longtemps et c'est seulement depuis 2 ou 3 ans qu'il a été traité dans les intentions. Le passage à l'acte vis-à-vis d'une amélioration de la situation est toujours attendu.

Cette question est préoccupante et constitue une part non négligeable du reste à charge. Leur augmentation, avec un doublement du taux de dépassements des spécialistes entre 1985 et 2007, préoccupe beaucoup les Français et les pouvoirs publics. Il est souvent perçu par les assurés comme un acte illégitime.

En effet, la valeur des actes au niveau d'un certain nombre de spécialités où les dépassements sont les plus importants, est restée figée et n'a pas évolué. Ainsi au fil du temps, un décalage entre la valeur couramment pratiquée et le remboursement effectué par le régime obligatoire s'est accentué.

Les dépassements des médecins en Secteur 2 sont de 36 % pour les généralistes et de 50 % pour les spécialistes en moyenne. Des chiffres qui ne doivent pas cacher l'existence de fortes inégalités régionales, mais également entre spécialités. Le dépassement est d'autant plus fort que l'honoraire officiel est perçu comme trop faible par les spécialistes concernés, notamment en chirurgie.

Sur ce sujet des dépassements, des amendements déposés à l'Assemblée Nationale ont été médiatisés. Ils visaient à :

- Faire rentrer l'AP-HP dans le droit commun,
- Modérer les dépassements d'honoraires et exiger que tous les établissements aient un minimum d'actes au tarif opposable (mécontentements de certains chirurgiens),
- Mettre en place des devis pour les prothèses dentaires par exemple car en ce qui concerne le reste à charge, les dépenses dentaires, optiques...sont très importantes. Ces devis permettront de mettre en valeur l'acte médical mais certains praticiens s'opposent à ce principe.

La signature d'un accord peut également être envisagée entre l'établissement et la Commission Médicale d'Établissement (CME). Ainsi les chirurgiens peuvent accepter de diminuer leurs dépassements d'honoraires en échange d'une diminution de leurs redevances.

Du côté des établissements privés, ils souhaitent une réforme du système actuel des dépassements d'honoraires, qui est totalement débridé. En effet, celui-ci dissuade de plus en plus les patients d'aller fréquenter leur établissement. Ce qui peut expliquer l'augmentation de la fréquentation des hôpitaux publics même si dans certains, les dépassements sont autant, voire plus importants qu'au sein des établissements privés.

Enfin, concernant les contrats des assurances complémentaires, le rapport Chadelat*, qui avait été mal reçu par la profession, à l'époque, mettait en évidence le fait que certains contrats d'assurance complémentaire, notamment les contrats aidés, avaient un effet inflationniste sur les honoraires. Cela avait été mal vécu par la profession. Cette situation avait conduit en 2004, au contrat responsable pour éviter que les avantages fiscaux ne soient liés qu'au contrat groupe à l'adhésion obligatoire. Aujourd'hui, beaucoup de contrats stipulent le dépassement en euros avec des plafonds non plus seulement en pourcentage mais apparaissant directement en euros.

3. LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

Cette question des dépassements d'honoraires ne peut pas être déconnectée d'un autre sujet ayant un fort impact sur le reste à charge : la démographie médicale.

La réflexion doit intégrer les logiques territoriales et la réalité de la répartition des professionnels de santé sur notre territoire. Il est, en effet, de notoriété publique qu'il existe de fortes disparités, avec une concentration des professionnels de santé du Secteur 2 sur Paris, Lyon, Marseille, la Côte d'Azur et parallèlement, l'existence de véritables « déserts médicaux ».

Le nombre de professionnels de santé augmente sur le territoire mais on assiste à un phénomène de désertification de certaines régions, qui s'accroît selon les spécialités. Une réalité qui entraîne une forte inégalité dans l'accès aux soins, et qui nécessite de mener des politiques de santé plus efficaces et adaptées, mais également de simplifier l'organisation des soins.

* Rapport «La répartition des interventions entre les assurances maladie obligatoires et complémentaires en matière de dépenses de santé», M. Jean-François Chadelat, 2003.

Ainsi, pour répondre à cette problématique et dans le cadre de la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires), 26 Agences Régionales de Santé (ARS) ont été inaugurées début avril 2010. Elles regroupent les organismes chargés des politiques de santé dans les régions et les départements et permettent au système de santé de devenir territorialisé et ainsi, de mettre le patient au centre de l'organisation.

L'objectif est donc d'adapter les offres de soins aux « spécificités et aux besoins locaux » afin de garantir à chacun, l'accès à la prévention, aux soins de ville et hospitaliers, et aux services médico-sociaux sur tout le territoire grâce à une meilleure coordination sur le terrain de tous ces domaines.

Elles s'inscrivent donc dans une recherche d'amélioration de la répartition de la population médicale et de la qualité des soins. Cela permettra une modernisation du secteur médico-social et social par une simplification de sa gouvernance et un financement plus transparent, tout en garantissant une meilleure répartition des équipements sur l'ensemble du territoire.

Ces ARS vont également offrir aux professionnels de santé des procédures plus simples, notamment pour bénéficier d'aide à l'installation.

4. L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES

Ainsi, de nombreux changements sont en train de s'opérer au sein du système de santé, auxquels il faut ajouter des évolutions des pratiques des professionnels de santé, qui ne sont que le reflet de mutations sociales et comportementales plus générales.

Ces évolutions sont de plusieurs ordres :

- Un mouvement visant à une plus grande prise en compte de la parole et des attentes des patients, qui sont de plus en plus attentifs, exigeants et informés (notamment via Internet, devenu l'une des premières sources d'information santé), ce qui peut modifier considérablement le rapport professionnel de santé/patient,
- Une féminisation de la profession, avec des femmes très attirées par la médecine générale, qui ne refusent pas d'aller dans des endroits reculés à la condition qu'elles puissent le faire en réseau. Des femmes sensibles, notamment, aux organisations permettant le maintien à domicile. Elles demandent moins de dépassements d'honoraires, ce qui permet d'obtenir un meilleur rapport qualité-reste à charge,

- La volonté de pouvoir conjuguer vie professionnelle et familiale de la façon la plus harmonieuse possible, ce qui implique un certain nombre de choix et d'arbitrages.

Pour tenir compte de ces évolutions, qui vont nécessairement avoir une incidence sur les dépenses de santé et donc, indirectement, sur le reste à charge, des progrès dans la formation initiale des médecins et dans la sélection des médecins deviennent indispensables à réaliser.

En effet, cette capacité d'écoute peut permettre de mieux comprendre les problèmes des patients, de passer plus de temps à entendre leurs besoins (ce qui suppose d'aller à l'encontre de la logique de « volume » évoquée plus haut) et ainsi d'éviter des batteries de tests coûteux et parfois inutiles.

La formation des étudiants devra également apporter une nouvelle dimension en les sensibilisant davantage à l'importance de l'éducation thérapeutique à destination des patients. Un mouvement qui peut être considéré, aujourd'hui, comme un mouvement de fond auquel le système français va devoir s'adapter et apporter des réponses opérationnelles.

5. LA PRÉVENTION

Parallèlement à ces évolutions, il faut noter une montée en puissance des logiques de prévention, domaine sur lequel nous pouvons constater, en France, un retard par rapport à d'autres pays qui en ont déjà fait une partie intégrante du mode de fonctionnement de leur système de santé.

En effet, jusqu'à présent, la politique de santé a été très axée sur le curatif d'où une excellence dans le domaine des soins. Pendant longtemps, les aspects de prévention ont été traités en second plan concernant notamment, la prévention des complications des maladies chroniques et l'éducation thérapeutique.

On commence timidement à remettre le sujet au goût du jour, notamment via la loi HPST, mais nous avons déjà 30 ans de retard sur certains pays affichant des dépenses moindres pour une longévité comparable à la nôtre.

Il est intéressant de noter que les Agences Régionales de Santé ont intégré cette notion de prévention car le champ d'intervention de ces nouvelles entités comprend à la fois l'organisation de l'offre des soins, sujet abordé précédemment, mais également l'adaptation des priorités nationales en termes de santé publique avec l'élaboration d'un schéma de prévention. Celui-ci devrait permettre une meilleure organisation et un meilleur financement de l'offre de prévention, un renforcement des interventions et une amélioration de l'accès de tous aux services de santé.

Cependant, la prévention devra répondre à des enjeux majeurs, notamment le coût immédiat de sa mise en place avec des bénéfices visibles seulement sur le long terme et des résultats en termes quantitatifs et qualitatifs difficilement mesurables.

De plus, l'approche et le contenu que l'on va intégrer dans ces campagnes de prévention reste à déterminer afin qu'elles soient efficaces et apportent des résultats en termes de réduction des dépenses de santé.

Si l'on prend, par exemple, le cas du diabète, qui génère une part importante des dépenses de santé, la surveillance du diabétique est un élément important à considérer. En s'intéressant au problème d'observance, l'action peut-être immédiate avec certes un coût élevé mais une diminution des complications sur le long terme. L'exemple de l'Angleterre est intéressant car leurs moyens sont moindres, mais en termes de surveillance et de prévention, leurs efforts sont conséquents et payants.

A travers cette politique de prévention se pose également la question de la responsabilisation des Français sur leurs pratiques de consommation de soins et de prise en charge de leur santé, au niveau individuel. Ce qui, là aussi, passera par une prise de conscience, de la pédagogie et une modification des comportements, pour les rendre compatibles. Et l'un des moyens de soutenir cette évolution sera de trouver les moyens qui permettront de créer un lien direct entre les comportements, et notamment les comportements à risque, et le reste à charge pour l'assuré.

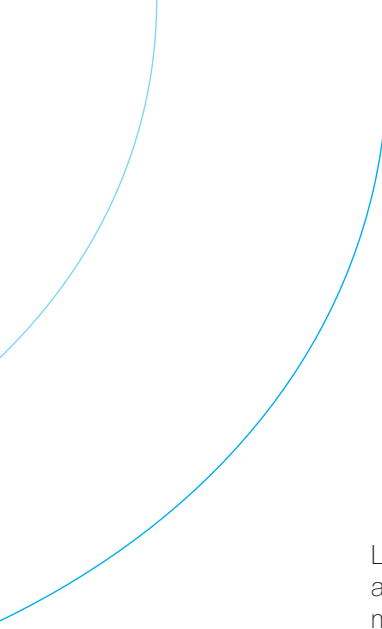
6. LE DÉVELOPPEMENT DE « SERVICES SANTÉ »

Enfin, parallèlement aux efforts envisagés en matière de politique de santé, d'organisation, de pratiques, nous avons vu apparaître, au cours des toutes dernières années, des interrogations vis-à-vis du type de missions ou de prestations proposées par les complémentaires santé.

De plus en plus, ces dernières sont appelées à proposer, au-delà des prestations centrales de prise en charge et de remboursement des frais de santé, des prestations complémentaires liées aux services qu'elles apportent à leurs adhérents :

- Conseils en nutrition, sevrage tabagique, voire coaching
- « Packs » prévention, assistance...

Autrement dit, ces organismes, qu'il s'agisse de mutuelles d'assurance, d'institutions, de prévoyance ou d'assureurs, sont entrés dans l'ère de la prévention et de la mise en place d'actions de sensibilisation des assurés... pour un changement de pratiques appelé à avoir un impact sur les frais de santé à engager, et donc sur les versements réalisés par ces organismes. Là aussi, l'impact sur le reste à charge peut être direct.



Les évolutions qui vont intervenir dans les prochains mois et années au niveau de l'organisation du système de santé (effets de la loi HPST, montée en charge des agences régionales de santé, éventuelles avancées législatives et expérimentations à venir) auront, probablement, un impact sur le secteur des complémentaires santé et sur leurs offres.

Par ailleurs, si nous prenons l'exemple du bouclier sanitaire, on pourrait arriver à un comportement d'auto assurance: *«je sais que mon risque est plafonné (stop loss assurantiel) donc pourquoi souscrire à une complémentaire?»*. Les promoteurs se défendent de cette idée car ils insistent sur le fait que l'intérêt de la complémentaire ne sera pas seulement les soins inclus dans le bouclier sanitaire, mais également de la prévoyance, de l'assistance, et du service.

Nous sommes donc probablement au début d'un changement, sinon de nature, du moins d'offre, du métier d'assureur complémentaire. L'intérêt pour l'assuré sera d'avoir une complémentaire lui permettant d'accéder à plus de services.

CONCLUSION : JUSQU'OU SOMMES-NOUS PRÊTS À ALLER?

En conclusion, la problématique du reste à charge, en plus d'être nouvelle et complexe, est multi-factorielle puisqu'elle dépend des décisions des pouvoirs publics et, plus largement, de l'ensemble des acteurs du système de santé. Elle suppose la responsabilisation des professionnels de santé et des assurés, ainsi que d'une évolution collective et individuelle des pratiques.

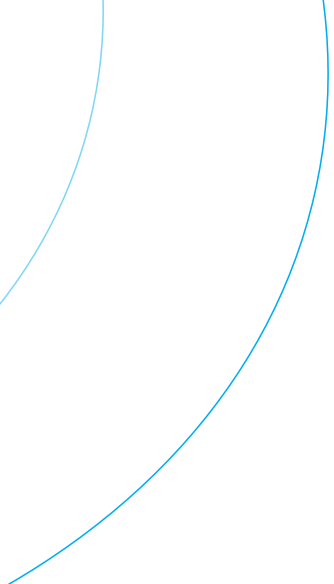
Elle demandera également le courage d'engager les réformes qui s'imposent, de réinterroger notre mode de fonctionnement et d'expérimenter de nouvelles voies pour préserver un système solidaire et juste, qui ne laisse pas les plus démunis au bord du chemin... et qui nous est envié par beaucoup.

Les débats qui ont eu lieu lors de ces premières Rencontres du Comité Opéra, s'ils n'ont naturellement pas permis d'épuiser le sujet, ont fait émerger les enjeux de cette problématique ainsi que des pistes pour l'action. Ils ont notamment démontré que la complexité croissante du système était un problème majeur, avec des tarifs devenus illisibles, des taxes dans tous les sens, des exonérations qui varient, des dispositifs non maîtrisés. Et, à l'arrivée, des gens qui ne demandent même pas l'accès à ces dispositifs car ils en ignorent l'existence ou n'en comprennent pas le fonctionnement.

Depuis 3 à 4 ans, on a beaucoup trop complexifié le système. Il devient illisible vis-à-vis de ses propres assurés et neutralise progressivement le sentiment de solidarité. On ne voit plus ce que l'on paie, ce que l'on reçoit. Cela crée un sentiment de malaise et, au final, aboutit à déresponsabiliser l'ensemble des acteurs, ce qui est probablement le plus grand risque si l'on veut parvenir à limiter l'augmentation du reste à charge.

Les participants ont unanimement considéré que la problématique du reste à charge représente une véritable menace pour la solidarité nationale, si l'on ne prend pas garde à « maîtriser » le mouvement de hausse qui s'est engagé.

L'espérance de vie augmente et tant mieux. En effet, les concitoyens se soignent mieux et plus, les progrès de la médecine qui ont un coût élevé interviennent également. Sur le fond, la politique du reste à charge est devenue une stratégie pour maintenir ou diminuer les coûts et les dépenses de la Sécurité Sociale. Ces restes à charge pénalisent les plus malades et les plus défavorisés, poussent les complémentaires à faire face à davantage de transferts, peuvent perturber la sérénité des intervenants médicaux et ont rarement réussi à faire diminuer les dépenses de santé.



La problématique du reste à charge pose également des interrogations de nature éthique, voire philosophique, avec des approches différentes selon les pays. Les autorités britanniques n'ont pas de scrupules à dire aux gens : « *si vous n'arrêtez pas de fumer, on ne vous fera pas l'intervention sur vos coronaires* » ou « *après 70 ans, on ne vous fera plus de dialyse* ». Si nous pouvons comprendre la logique, la vision est totalement différente lorsqu'il s'agit d'un proche et paraît difficilement concevable en France.

Une question centrale est de savoir jusqu'où nous serions prêts à aller pour nous responsabiliser, collectivement et individuellement. Quels sont les décideurs qui s'attacheront à résoudre ce problème ? La solution est probablement au cœur d'un dialogue qui doit s'engager entre les acteurs et les décideurs de la protection sociale. D'ailleurs, n'est-ce pas un peu l'exemple donné par les premières Rencontres du Comité Opéra ?



LES PREMIÈRES RENCONTRES DU COMITÉ OPÉRA EN BREF

Ces rencontres se sont tenues le 29 avril 2010, dans les salons de la Maison de la Chimie, à Paris et ont réuni des représentants de l'univers mutualiste, de l'assurance et des élus.

Présentation liminaire et animation des débats

Pr. Claude LE PEN

*Professeur à l'Université Paris-Dauphine
Président du collège des économistes de la santé*

Intervenants

M. Gérard BAPT

*Député de la Haute Garonne
Rapporteur du budget de la santé pour la Commission des Finances*

Dr. Michel CHASSANG

Président de la CSMF

M. Jean-Luc PRÉEL

*Député de Vendée
Vice-Président de la Commission des Affaires Sociales*

Dr. Jean François REY

Président de l'U.M.E.S.P.E./CSMF