

LES RENCONTRES

Comité Opéra

Sixièmes rencontres du Comité Opéra

*« Santé : Comment
font les autres ? »*

Santé : le modèle français face à ses voisins européens

Jeudi 29 novembre 2012 - Maison de la Chimie

A l'heure où l'on pointe du doigt le déficit de la Sécurité sociale, à l'heure où l'on accuse l'hôpital de coûter trop cher, à l'heure où l'on cherche des coupables : médecins, patients, laboratoires, mutuelles, etc., il nous est apparu intéressant de regarder comment font les autres.

Alors qu'en France, le déficit de l'Assurance maladie s'aggrave d'année en année, l'Allemagne, par exemple, dégage 15 Md€ d'excédents de son système de protection sociale. Parle-t-on de la même chose ? La qualité des soins est-elle différente ?

C'est pourquoi je suis heureux de voir à vos côtés, M. Le Pen, des intervenants bien au fait des réalités de la protection sociale que j'ai plaisir à accueillir et à remercier de leur présence.

Michel Hermant,

Président du Comité Opéra

Intervenants

- Françoise GROSSETETE, Députée européenne
- Tove GRÖNBERG, Ambassade de Suède
- Gaëtan LAFORTUNE, Economiste senior à l'OCDE
- Grégoire de LAGASNERIE, Economiste au bureau « Santé et comptes sociaux » de la DG Trésor, ministère de l'Economie et des Finances
- Joëlle HUILLIER, Députée de l'Isère, Membre de la commission des affaires sociales à l'Assemblée nationale
- Philippe MIXE, Président de la FNIM

Débats animés par Claude LE PEN,
Economiste de la Santé et Professeur à l'Université de Paris-Dauphine

Le constat

Introduction de Claude Le Pen

Depuis quelques temps, le système de santé français fait face à une situation difficile sur le plan financier. La Sécurité sociale a enregistré un déficit de plus de 10 Md€ pour chacune de ces dernières années et la dette accumulée de la Cades (Caisse d'amortissement de la dette sociale) est passée à 140 Md€ fin 2011. Sur le terrain, certains professionnels de santé sont à cran, les médecins libéraux s'interrogent sur leur avenir et la moitié ou plus des hôpitaux est en déficit. De plus, l'opinion publique est inquiète car elle a tendance à penser que le fonctionnement de l'Assurance maladie va plutôt se dégrader à l'avenir. Les complémentaires santé, quant à elles, jouent un rôle de plus en plus important et celui-ci est en train d'évoluer. Toujours fidèle à ses principes fondateurs, érigés en 1945, le régime obligatoire s'interroge cependant sur son devenir.

Dans ce contexte, resituer la France par rapport à d'autres pays européens semble une démarche intéressante. Puis se pencher sur deux pays, l'Allemagne et la Suède, permettra d'observer notre organisation nationale avec un « œil neuf ». Pourquoi avoir fait le choix de s'arrêter sur ces deux pays ? Outre-Rhin, ce système, basé comme le nôtre sur un financement par les cotisations sociales et sur lequel la France s'était inspirée en 1945 pour élaborer la Sécurité sociale, affiche une meilleure forme. En Suède où l'empreinte sociale démocrate est prononcée, la protection sociale a fait l'objet de réformes. Se pencher sur son fonctionnement et passer en revue ses évolutions dans ce pays au contexte culturel différent du nôtre apportera de nouveaux points de comparaison. Puis il conviendra de revenir à la France qui vient de voter, en première lecture à l'Assemblée nationale, une loi sur les réseaux de soin et les mutuelles avant d'élargir nos observations à l'Union européenne et aux décisions prises à ce niveau dans le domaine de la santé.

I- Un panorama des systèmes de santé européens

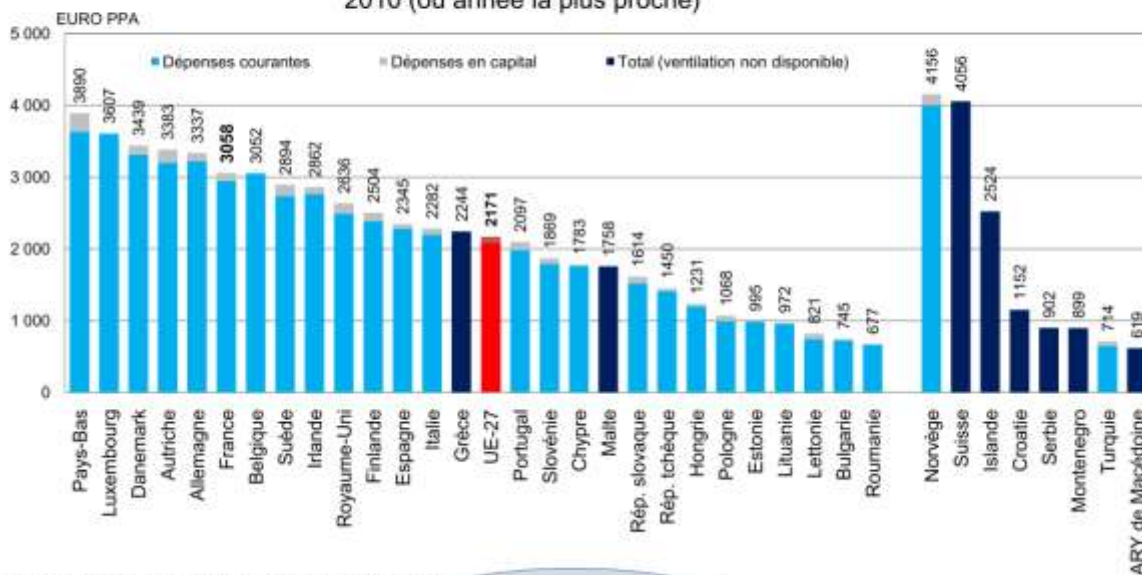
Gaëtan Lafortune, Economiste senior à l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques)

Les dépenses de santé par habitant et en proportion du PIB

Si l'on prend en compte les 27 pays de l'Union européenne, ceux candidats à l'accession à l'Union européenne et ceux qui gravitent autour de l'Union européenne (Suisse, Norvège, Islande), la France se situe au 6^{ème} rang en termes de dépenses de santé par habitant. La devançant les Pays-Bas, le Danemark, l'Autriche et même l'Allemagne. Les dépenses de santé par habitant sont légèrement moins élevées en Suède qu'en France mais l'écart entre les deux pays est faible.

La France au 6ème rang pour les dépenses de santé par habitant parmi les pays de l'UE

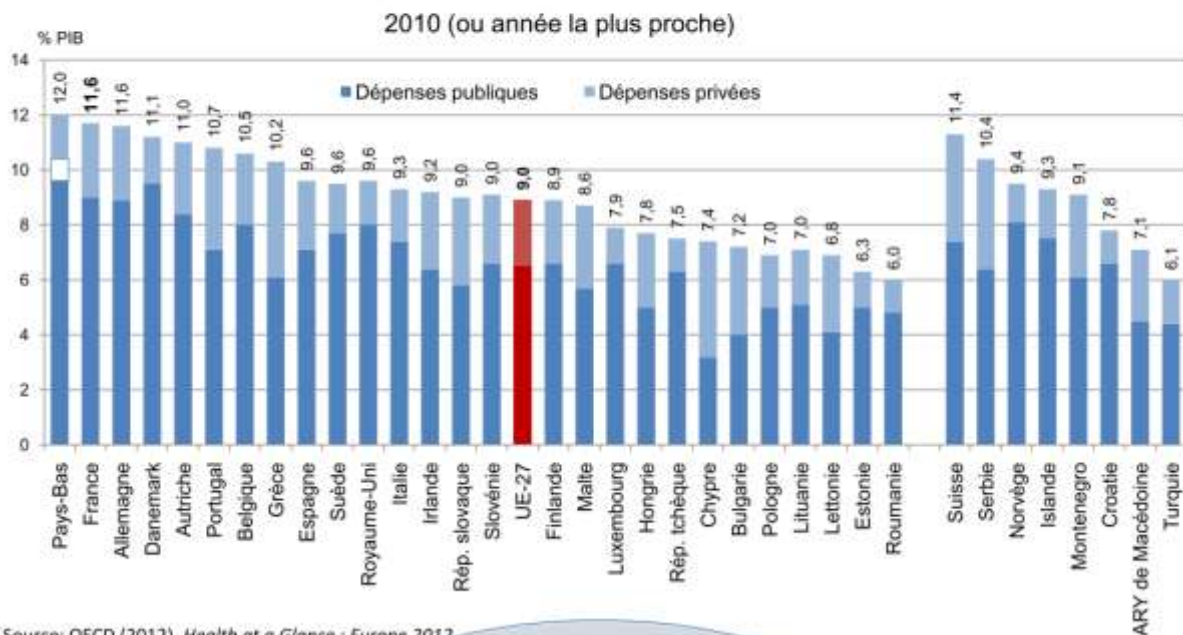
2010 (ou année la plus proche)



Source: OECD (2012), *Health at a Glance : Europe 2012*

Autre indicateur : la part du produit intérieur brut (PIB) allouée à la santé. La France consacre 11,6 % de son PIB à la santé, à égalité parfaite avec l'Allemagne, et légèrement en-deçà des Pays-Bas. Ce taux est de 9,6 % pour la Suède.

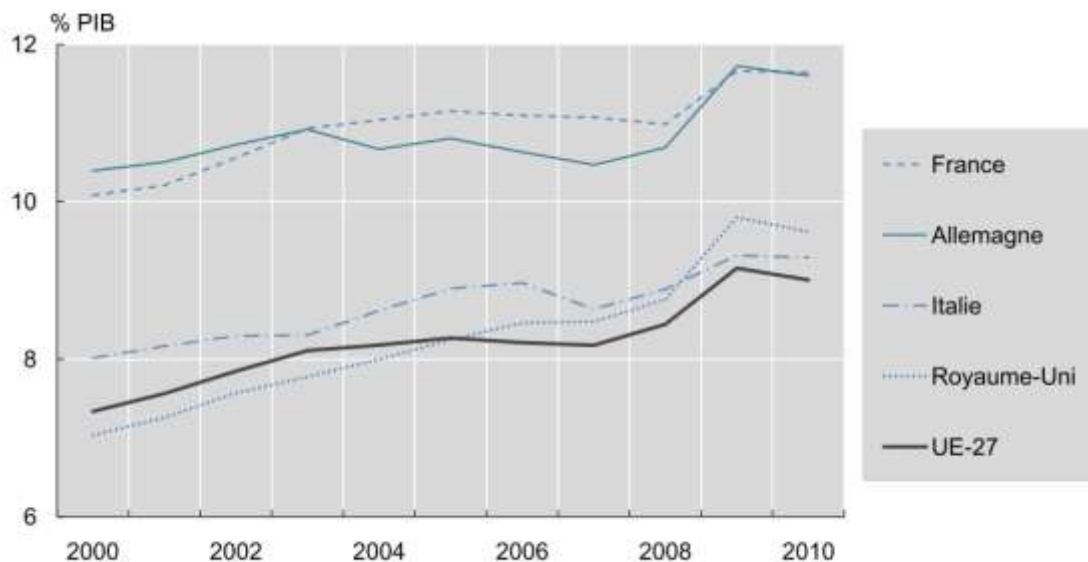
La France au 2ème rang (égale avec Allemagne) pour les dépenses de santé en % du PIB



Des difficultés financières dues au déficit de croissance du PIB

Si la France a des difficultés à financer son système de santé, cela relève non pas d'un manque de maîtrise des dépenses mais d'un déficit de croissance du PIB. Et au cours de la décennie écoulée, la part du PIB allouée à la santé est en hausse, les dépenses consacrées à ce poste ayant augmenté plus rapidement que la richesse nationale. Il revient donc au gouvernement de trouver des solutions pour élargir les recettes. Avec le démarrage de la crise économique, le PIB a commencé à chuter en 2008 dans quasiment tous les pays européens alors que les dépenses de santé sont restées assez stables, voire ont légèrement diminué. Par un effet mécanique, les dépenses de santé ont représenté une part plus importante du PIB. Cette part est restée stable pour la France en 2011. Et selon les prévisions de l'OCDE, la croissance devrait être très réduite et serait légèrement supérieure à 0 % lors des deux années à venir dans l'Hexagone.

Les dépenses de santé en % du PIB ont augmenté en France depuis 2000, mais l'écart avec les autres pays UE est resté stable

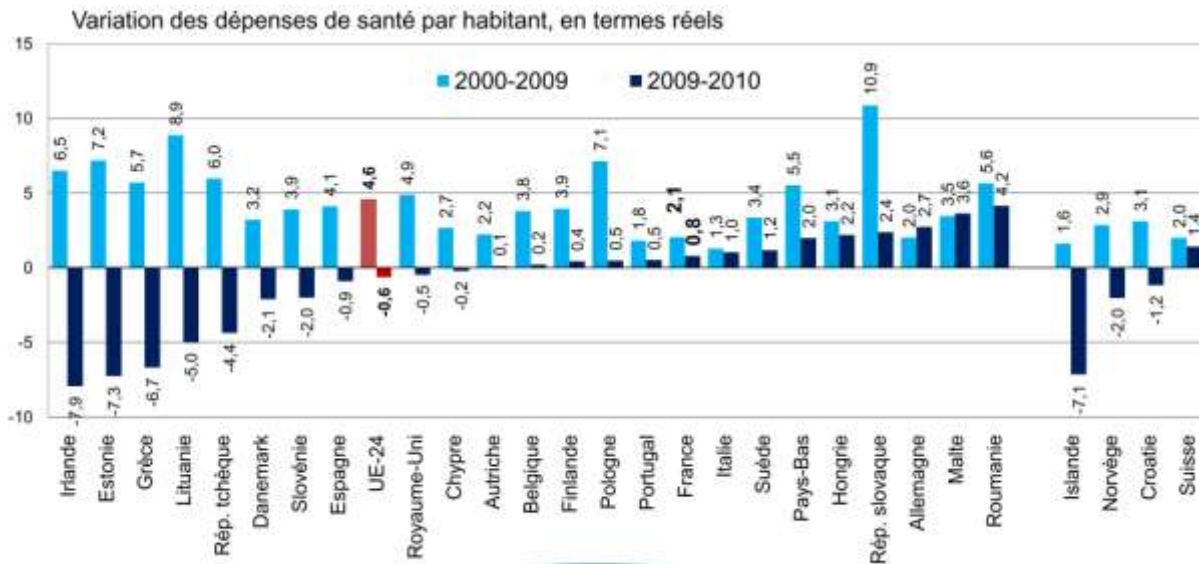


Source: OECD (2012), *Health at a Glance : Europe 2012*

Un contrôle des dépenses de santé depuis 2000

En revanche, il y a eu un contrôle des dépenses de santé en France depuis le début des années 2000 plus important que dans la plupart des autres pays européens. Un ralentissement des dépenses a été observé mais il n'y a pas eu de coupure dans les dépenses totales, ce qui s'est produit en Irlande, en Lettonie ou en Grèce. En 2010, en Allemagne, on a constaté une croissance légèrement plus forte des dépenses de santé explicable par le fait que la croissance économique et les recettes ont repris plus vigoureusement que dans le reste du continent.

Les dépenses de santé en France ont ralenti depuis la récession, mais n'ont pas été coupées

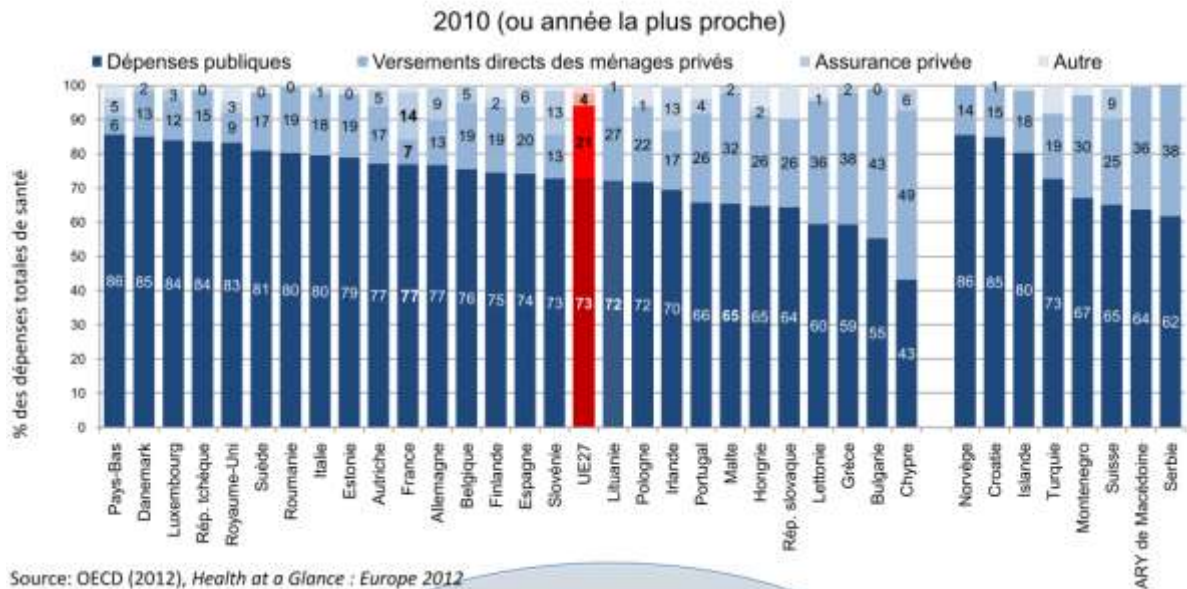


Source: OECD (2012), *Health at a Glance : Europe 2012*

La répartition de la prise en charge des dépenses de santé

En France, la part des dépenses de santé assumée par le secteur public s'élève à 77 % et est plus élevée que dans la majorité des pays européens où la moyenne est de 73 %. En revanche, elle est plus réduite que celle des pays nordiques, du Pays-Bas et du Royaume-Uni. Dans la part des dépenses de santé assumée par le secteur privé, les 23 % restants, 14 % sont pris en charge par les assureurs complémentaires, soit un taux beaucoup plus élevé que dans les autres pays de l'Union européenne. C'est une particularité française. Et si l'on combine la part prise en charge par le régime obligatoire et celle assumée par le régime optionnel, on s'aperçoit que le reste-à-charge des ménages est l'un des plus faibles de l'ensemble des pays européens.

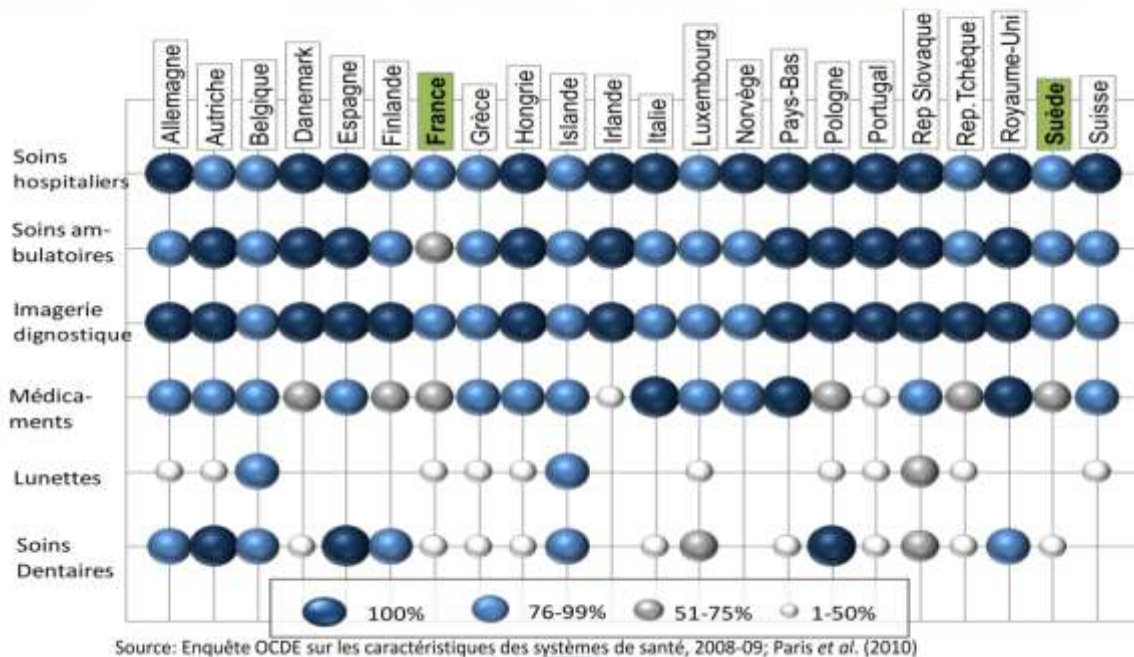
La part du financement public en France est plus élevée que la moyenne UE, mais plus faible qu'en Angleterre et les pays nordiques



Des soins hospitaliers et ambulatoires bien couverts

Les soins hospitaliers et ambulatoires sont pris en charge en totalité ou presque dans la plupart des pays, si l'on procède à une comparaison entre le niveau de couverture des différents pays du continent. Petite exception française, cependant : la consultation d'un médecin généraliste n'est couverte qu'à 70 % par l'Assurance maladie alors qu'elle l'est en totalité ailleurs. Les tests d'imageries diagnostiques sont bien couverts à peu près partout. Les médicaments sont plus ou moins bien remboursés, de 50 à 100 % selon les pays. Entre autres, ces produits sont davantage pris en charge aux Pays-Bas et au Royaume-Uni qu'en France. L'optique est peu couverte, voire pas du tout couverte, globalement. Concernant les soins dentaires, des variations importantes existent d'un Etat à l'autre. En Autriche et en Allemagne, et dans une certaine mesure en Espagne et au Royaume-Uni, ils sont mieux pris en charge qu'en France. En fait, parce qu'il n'est pas possible de tout prendre en charge, il faut procéder à des arbitrages dans la gestion des systèmes de santé. Soit on couvre un nombre limité de soins dans leur intégralité ou à un haut niveau, soit on couvre davantage de soins mais ils ne sont remboursés qu'en partie. Au Canada, par exemple, le choix a été fait de couvrir les soins hospitaliers et ambulatoires à 100 % tandis que les remboursements sur les soins dentaires, les médicaments et les prestations optiques sont limités.

La couverture des dépenses publiques varie fortement selon les biens et services



Les spécificités du système français

Trois traits distinguent le système français. Premièrement, la part des dépenses santé prise en charge par les assurances complémentaires est la plus élevée de toute l'Europe et la proportion de la population couverte par une assurance maladie complémentaire est la plus importante d'Europe. L'avantage tient à un reste-à-charge réduit pour les assurés. Si la part du budget de la santé prise en charge par les complémentaires santé était assumée par le secteur public, cela induirait une hausse des prélèvements au titre de l'Assurance maladie. En matière de taxation, jusqu'où peut-on encore augmenter la taxation à des fins de financer la santé ? Quelle est la limite ? En revanche, la coexistence de deux financeurs, public et privé, a complexifié l'administration du système et la prédominance des complémentaires santé a favorisé l'émergence des dépassements d'honoraires. Faire le distinguo entre le secteur 1 et le secteur 2 est une spécificité française, que l'on ne retrouve pas ailleurs, globalement. Au Canada, par exemple, si les patients optent pour le secteur privé, les actes sont alors financés par eux-mêmes directement ou par leur assurance privée. Il n'y a pas cette combinaison où une partie est prise en charge par le régime obligatoire et l'autre, par le régime optionnel.

La combinaison de ces deux financements s'explique par le fait que les tarifs opposables, remboursés par la Sécurité sociale, n'ont pas suivi l'évolution du coût de la vie. Cette distinction a été un moyen de transférer une partie du coût des soins vers les assureurs complémentaires. Et les assurés ne subissent pas directement l'impact de ces hausses si les dépassements d'honoraires sont pris en charge par leur mutuelle.

Dernier constat, où la France est à la traîne : l'organisation des soins primaires est encore essentiellement basée sur la pratique individuelle des médecins généralistes. Au Royaume-Uni, en Suède ou en Finlande, les cabinets de groupe sont nettement plus développés. Ils rassemblent des médecins mais aussi des infirmières qui réalisent des actes que, seuls, les médecins peuvent effectuer en France, ainsi que d'autres professionnels de santé. Dans l'Hexagone, la coopération entre professionnels de santé ou inter-médecins est limitée, même si elle tend à se développer. Le paiement à l'acte est un frein au renforcement de cette coopération parce que ces professionnels ne sont pas favorables à une baisse de leur rémunération. Mais la France n'aura d'autres choix que d'élargir ces coopérations dans les années à venir, en raison de la diminution du nombre de médecins.

Comparativement au Québec, d'où je suis originaire, l'accès aux soins est plus rapide en France parce que le nombre de médecins y est plus important mais la qualité des soins est équivalente, à peu de choses près.

Une demande de soins en augmentation

En réponse à Claude Le Pen qui se demandait si la santé était un facteur de croissance puisqu'elle générerait des investissements dans la recherche, créait des emplois etc. ou si la santé était, au contraire, un facteur qui pesait sur l'économie, Gaëtan Lafortune a été formel : la demande de soins de santé augmente et va continuer d'augmenter à cause du vieillissement de la population et du développement des technologies de la santé. En conséquence, la part de la richesse nationale attribuée à la santé va continuer à progresser, en corrélation avec la croissance globale de l'économie. Un point essentiel est d'évaluer si les dépenses, et notamment celles de santé publique, sont judicieuses, car si la qualité des soins est la règle, certaines dépenses produisent des résultats insatisfaisants. C'est la question de l'efficacité des soins.

II- L'exemple du système de santé suédois

Tove Grönberg, de l'Ambassade de Suède

Un système qui a subi des réformes

Dans ce pays, une grande majorité de la population soutient un système social, et de santé en particulier, généreux et la clé de la santé des suédois, c'est l'égalité d'accès aux soins dans un système de santé largement décentralisé et financé par l'impôt. Le coût de la protection sociale est approximativement de 200 Md de couronnes, soit 22,23 Md€. 6 % du PIB sont consacrés à ces dépenses, en baisse ces dernières années. Comme dans le reste de l'Europe, les services de santé suédois doivent faire face à de nombreux défis, notamment en termes de financement, de qualité et d'efficacité. Une série de réformes a été introduite dans le système de santé suédois, ces dernières années : réforme de la psychiatrie en 1995, mise en place des centres de soins, suppression du monopole pharmaceutique, introduction de plafonds de dépenses de soins et de médicaments, instauration de conseils médicaux par téléphone, congé parental partagé... Et, à ce jour, des travaux relatifs à la mise en place d'un dossier médical électronique sont en cours et devraient déboucher sur des gains importants en termes d'efficacité et une meilleure qualité des soins. Un tel projet a

démarré dans le Sud du pays qui devrait permettre une plus grande coordination entre les prestataires divers.

En aparté, Claude Le Pen a indiqué qu'en France, patients et médecins étaient réticents au dossier médical électronique, dont l'instauration avait pourtant été décidée par les pouvoirs publics en 2004. La crainte étant que les informations figurant sur ce support soient utilisées par des employeurs ou des assureurs privés, le développement de cet outil a été freiné. Et pourtant, il serait utile pour éviter les examens médicaux en doublon, par exemple.

Une privatisation progressive des soins

En Suède, la question la plus controversée par l'opinion publique durant ces trois dernières décennies a été celle de la privatisation progressive des soins ou, autrement dit, celle du libre choix du praticien. Depuis plus de dix ans, le nombre de prestataires privés a considérablement augmenté et environ un tiers des consultations se déroule dans des cabinets de santé privés, financés par les Conseils généraux, où les tarifs des soins sont les mêmes que ceux des services communaux. Cet élément de concurrence accroît l'efficacité et la qualité des soins et permet aussi d'améliorer les conditions de travail et les salaires des professionnels de santé parce que la Suède pâtit d'une pénurie de main-d'œuvre dans ce secteur. Ainsi, de nombreuses infirmières suédoises vont s'installer en Norvège, où les salaires sont plus élevés. Parallèlement, le système intègre des médecins polonais afin de pallier cette insuffisance.

Une question centrale dans les discussions et débats en Suède est de savoir si la privatisation apporte des avantages et comment évaluer l'efficacité et la qualité des soins. D'aucuns estiment paradoxal que le bénéfice de ces activités soit financé par l'imposition et qu'il vienne alimenter les capital risques. Un scandale a défrayé les chroniques parce que des prestataires privés ont été dénoncés pour violences faites aux patients et des enquêtes sont en cours afin, entre autres, d'améliorer la direction des services. En phase d'évaluation, une réforme de l'Assurance maladie ayant notamment modifié les règles quant aux arrêts maladie longue durée a eu lieu en 2008. L'un des objectifs était d'éviter que les patients obtiennent successivement plusieurs arrêts de travail en consultant différents médecins. Le versement des indemnités journalières a été limité dans le temps, les règles durcies et la coopération entre la Sécurité sociale et Pôle Emploi a été renforcée. Suite à cette réforme, une diminution de l'absentéisme pour cause de maladie a été constatée. Si le gouvernement suédois attribue ce fait à la réforme, d'autres y voient un changement d'attitude face à l'arrêt maladie tandis que des critiques s'élèvent, en particulier de l'opposition, pour pointer la dépendance de certains à l'égard de l'aide sociale.

Le marché de l'assurance santé privée en Suède

Le marché de l'assurance de santé privée est limité en Suède, avec 500 000 personnes bénéficiant d'un tel contrat, pris en charge à 80 % par l'employeur. Cependant, ce marché a augmenté de 58 % depuis 2007 et, entre 2010 et 2011, cette hausse était de 7,9 %. L'un des atouts majeurs de ce type d'assurance est d'éviter les délais d'attente pour les consultations. L'employeur y trouve avantage puisque les salariés reprennent plus rapidement le travail après un congé maladie. En vue de limiter les délais d'attente, un laps de temps maximum de 90 jours de la première consultation à l'opération est garanti depuis 2005 par le service public.

A titre d'exemple, pour la pose d'une prothèse de hanches, une demande doit être adressée à un médecin. Celui-ci l'envoie à quatre prestataires différents afin qu'ils rédigent une proposition. Cependant, la réalisation de ces propositions requiert un certain temps et, dans la méthode, celles-ci sont quasiment similaires. L'accent est donc mis sur la liberté de choix. Or, durant cette attente, le patient continue à souffrir.

Attendre pour se faire soigner

Face à cette attente a été mis en avant le fait que le système suédois soit financé par l'impôt et non, comme en France, par les cotisations sociales. Or, se basant sur le système espagnol, d'aucuns estiment que les modèles reposant sur l'impôt entraînent inéluctablement des files d'attentes avant d'accéder aux soins. Selon Gaëtan Lafortune, « *il n'y a rien d'inéluctable entre deux systèmes qui sont financés par l'impôt et la question des temps d'attente. Pour preuve, le Royaume-Uni et le Danemark où les temps d'attente ont chuté de manière remarquable ces dix dernières années parce que des investissements supplémentaires ont été réalisés dans le système. Et certaines interventions ont été jugées prioritaires, comme celle de la pose d'une prothèse de hanche. Tout dépend des ressources que l'on impute au système, du nombre de médecins et aussi des incitatifs* ». Il ajoute cependant que le paiement à l'acte des médecins incite ces professionnels à multiplier les actes et, donc, à agir dans les meilleurs délais. Pour sa part, Claude Le Pen a souligné la facilité d'accès des Français aux soins : chacun d'entre nous dispose d'une pharmacie et d'un médecin généraliste à proximité de son domicile.

En Suède, 90 % de l'activité des conseils généraux dédiés à la santé

Source : www.sweden.se, Portail officiel d'informations sur la Suède

En matière de santé, l'Etat définit les principes et les lignes directrices des services et donne les grandes orientations de la politique via des lois et règlements ou des accords passés avec l'Association suédoise des collectivités locales et régionales, représentative des conseils généraux et des communes, dont les rôles sont définis par la loi sur les services de santé. L'organisation et la gestion des prestations de santé sont confiées aux conseils généraux et, dans certains cas, aux communes. Il appartient aux conseils généraux d'assurer, au sein des départements, des services médico-sociaux de qualité, de mener des actions de promotion de la santé envers l'ensemble de la population et d'organiser les soins dentaires pour les moins de 20 ans. Environ 90 % de l'activité des conseils généraux suédois est consacrée aux services de santé. Parmi les soins financés par les conseils généraux, 12 % sont assurés par des prestataires privés. Une convention a été établie afin d'aligner les réglementations et les tarifs de ces prestataires privés sur ceux des professionnels exerçant dans les établissements publics. Les communes sont chargées de la prise en charge des personnes en situation de handicap, de l'assistance et des services post-hospitaliers ainsi que de la médecine scolaire. Elles interviennent dans les services destinés aux personnes âgées, qu'ils soient proposés à domicile ou en établissement spécialisé.

Côté financement, le budget de la santé provient essentiellement des impôts locaux. S'y ajoutent des dotations de l'Etat. Les redevances acquittées par les patients ne représentent qu'une proportion minimale du budget.

En Suède est fixé un plafond des dépenses pour la santé. Sur une année, lorsqu'un plafond a été atteint par un

assuré au regard des consultations médicales, avec un versement total de 900 à 1 100 SEK (selon son lieu de résidence), il bénéficiera de la gratuité en cas de consultation médicale durant les douze mois suivants. Un plafond existe également pour les médicaments nécessitant une prescription. Au-delà de 2 200 SEK de frais de médicaments (1 800 SEK à Stockholm) versés par l'assuré, il n'aura plus à payer pour ces produits pendant un an.

Avec l'instauration, en 2005, de la garantie de soins, le système de santé s'est engagé à ce qu'un patient n'attende pas plus de sept jours pour une consultation dans un centre de soins, plus de 90 jours pour une consultation chez un spécialiste et également plus de 90 jours pour une opération ou un traitement. En cas de non-respect de ces délais, des soins sont proposés dans une autre zone géographique mais les dépenses, dont celles du transport, sont alors prises en charge par son propre conseil général.

En décembre 2010, une étude a été réalisée afin de savoir si les délais auxquels le système s'était engagé étaient respectés vis-à-vis des soins. Selon celle-ci, près de neuf patients sur dix ont été en mesure de consulter un spécialiste avant les 90 jours, puis ont pu être opérés ou traités dans les 90 jours suivants. Et environ 80 % des patients considèrent avoir reçu les soins qu'ils nécessitaient. Le niveau de satisfaction des patients est en progression puisqu'en 2007, les trois-quarts d'entre eux estimaient avoir reçu les soins nécessaires.

III- Les évolutions du système de santé en France

Joëlle Huillier, Députée de l'Isère

Un projet de loi pour régulariser un vide juridique

La nuit précédant les 6^{èmes} Rencontres du Comité Opéra, l'Assemblée nationale a voté en première lecture une proposition de loi sur le fonctionnement des réseaux de soins pour les mutuelles. Qu'est-ce qui motive cette décision ? Tout d'abord, selon une étude récente, près d'un Français sur cinq déclare avoir renoncé à se soigner pour des raisons financières et ces soins concernent majoritairement les soins ou biens médicaux mal pris en charge par la Sécurité sociale (appareillage dentaire, optique, certains actes médicaux spécialisés). Le désengagement progressif de l'Assurance maladie durant les dernières années, avec la hausse du forfait journalier hospitalier, l'instauration des franchises médicales et les déremboursements successifs met aussi certains Français dans des situations difficiles. D'où un véritable problème de santé public. Si la Sécurité sociale reste bien le socle essentiel de notre système de protection sociale, les complémentaires santé ont un rôle de plus en plus important parce que, mécaniquement, elles prennent le pas sur les prestations que l'Assurance maladie ne prend plus en charge ou rembourse à un taux moindre. Jusqu'à ce jour, le Code de la mutualité n'autorisait pas les mutuelles à établir une tarification différente selon que leurs adhérents consultaient ou non un professionnel de santé faisant partie d'un réseau de soins avec lequel elles avaient contractualisé alors que les institutions de prévoyance et les compagnies d'assurance disposaient de ce droit. L'objectif de ce projet de loi est de régulariser ce vide juridique. La Cour de Cassation était intervenue à ce sujet pour pointer cette vacuité et des rapports émanant de la Cour des Comptes, de l'Autorité de la Concurrence, de l'IGAS... avaient aussi dénoncé cette disparité. Durant l'été 2011, une mesure allant dans ce sens avait été introduite dans la Loi Fourcade

mais celle-ci avait été retoquée par le Conseil Constitutionnel qui avait considéré que cette mesure était un « cavalier législatif », c'est-à-dire dépourvue de lien avec le texte initial.

Un projet de loi pour réduire le reste-à-charge des ménages

L'objectif principal de cette proposition de loi est de réduire le reste-à-charge des ménages. Mme Huillier estime de 30 à 50 % les baisses de tarif induites sur les soins et les biens médicaux lorsque les assurés utilisent ces réseaux. A l'Assemblée nationale, durant la discussion sur ce texte, certains députés ont indiqué leurs craintes d'une baisse des prix sur les prestations de santé suite à l'orientation vers ces réseaux avec, pour conséquence, des produits de moindre qualité fournis aux patients. La proposition de loi ne concerne pas les médecins mais est limitée à l'optique et au dentaire. Cette proposition de loi intègre le principe de la liberté de choix du patient, la transparence des tarifs pratiqués au sein de ces réseaux et des informations relatives aux prestations fournies et l'impossibilité pour ces réseaux d'être exclusifs, c'est-à-dire que les professionnels de santé pourront contractualiser avec plusieurs réseaux à la fois. Avec les médecins, il sera cependant possible pour les complémentaires de négocier des tarifs pour les actes ne faisant pas partie de la convention médicale nationale. Dans cette proposition de loi, il est stipulé qu'un bilan annuel sera réalisé sur la base des données transmises par les complémentaires santé afin d'estimer à la fois l'impact de ces prestations sur le reste-à-charge des ménages et sur les tarifs pratiqués. Le but est de faciliter l'accès aux soins de tous. C'est le signal du commencement d'une politique qui sera poursuivie, la ministre de la Santé, Marisol Touraine, ayant annoncé un grand projet de loi sur la santé, prévu en 2013.

Après cet exposé, Claude Le Pen a mis en avant une évolution du rôle des complémentaires santé : « nous sommes dans une logique coordinatrice. L'un des enjeux de la situation actuelle, me semble-t-il, notamment à propos des soins ambulatoires, c'est de savoir comment va se faire la répartition du pouvoir organisateur entre les caisses publiques et les caisses privées, si l'on joint à cela le fameux accord du 15 octobre sur la prise en charge des dépassements d'honoraires qui donne un rôle institutionnel aux complémentaires ». A son avis, si les médecins ne sont pas concernés par les dispositions sur les réseaux de soins à ce jour, il se demande si cela ne changera pas au fur et à mesure. Ce ne sera pas le cas dans un avenir plus ou moins proche.

Philippe Mixe, Président de la FNIM

Position de la FNIM à l'égard des réseaux de soins pour les complémentaires

Philippe Mixe est intervenu pour préciser la position de la FNIM à l'égard des réseaux de soins. Selon la Fédération, les pouvoirs publics se défaussent de leur obligation de réduire le coût de la santé du citoyen sur d'autres acteurs que ceux sur lesquels ils ont directement la main. Le Président de la FNIM dresse un parallèle entre la proposition de loi sur les réseaux de santé pour les mutuelles et l'accord du 15 octobre sur les dépassements d'honoraires où, pour réguler les dépenses de santé, les pouvoirs publics ont imposé des négociations entre l'Uncam, représentant la Sécurité sociale, les syndicats de médecins et l'Unocam, rassemblant les complémentaires santé. Là encore, le but est de réguler les dépenses de santé. Mais il reste dubitatif sur l'extension de ces réseaux de soins au mouvement mutualiste car il redoute que cette possibilité « tire vers une tendance low-cost et sur la qualité des produits ». Il regrette l'époque où les mutuelles étaient en mesure de gérer des services de soins et d'accompagnement mutualiste, avant la mise en place du nouveau Code de la Mutualité :

« à l'époque, il ne nous était pas exigé ou imposé d'obligations de rentabilité, de logique économique pour cette activité annexe à notre cœur de métier, qui était de servir une complémentaire ». C'était un véritable réseau de proximité proposé par les mutuelles à taille humaine, sur leur territoire et ces services portaient alors le nom d'œuvres sociales, une appellation désormais surannée. Avec la réforme des règles prudentielles en cours, Solvabilité II, il est prévu que ces services soient considérés de manière isolée et se plient à des exigences de rentabilité. Soit une logique totalement revue. Philippe Mixe demande donc à ce que les mutuelles à taille humaine, par opposition aux gros ensembles mutualistes, « sortent de Solvabilité II » et qu'il soit possible de « réintégrer nos œuvres sociales à l'intérieur de nos structures » afin de « réexprimer nos valeurs de solidarité et d'humanisme sur nos territoires avec des armes qui étaient efficaces et fonctionnaient bien et qu'on nous a interdit de faire sous des logiques économiques, financières et entrepreneuriales que nous ne pouvons malheureusement que regretter ».

Bien distinguer les réseaux ouverts et fermés

Dans la salle, en réaction à la position indiquée par Philippe Mixe, Jean-François Tripodi, Directeur général de Carte Blanche Partenaires, groupe de management santé proposant aux assureurs complémentaires un réseau de professionnels de santé ouvert et, plus globalement, un accompagnement santé, est intervenu pour préciser que tous les réseaux ne fonctionnent pas selon les mêmes règles. A son avis, il n'est pas concevable de placer au même niveau l'ensemble des réseaux de soins car il convient de faire le distinguo entre plates-formes de santé fermées et ouvertes, celles fermées fonctionnant avec un nombre limité de professionnels et pouvant apporter des désagréments. En revanche, les plates-formes ouvertes laissent la liberté de choix aux assurés, négocient auprès des professionnels de santé pour procurer des équipements de qualité à des prix préférentiels tandis qu'elles excluent les biens médicaux dont la qualité n'est pas valable. De même, un ostéopathe doit avoir suivi un certain nombre d'heures de formation pour pouvoir intégrer le réseau. La qualité du service est garantie sur fond de tarifs réglementés.

IV- Le système de santé en Allemagne

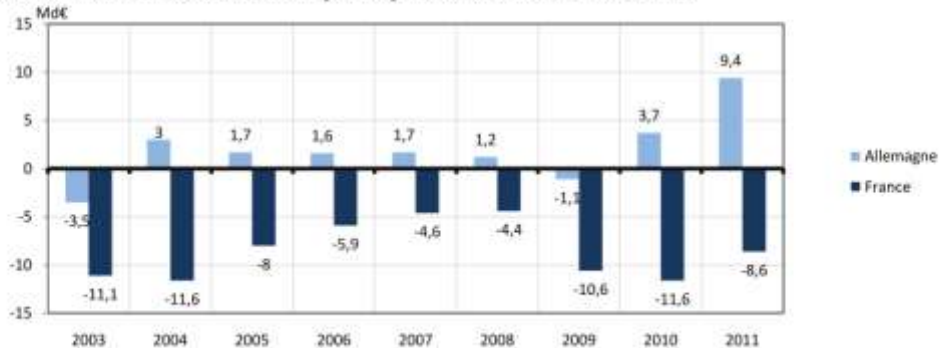
[Grégoire de Lagasnerie, économiste au bureau « Santé et comptes sociaux » de la DG Trésor, ministère de l'Economie et des Finances](#)

La branche maladie excédentaire en Allemagne

Selon une étude comparative des systèmes de protection sociale allemand et français, la situation financière du système est meilleure outre-Rhin que dans l'Hexagone quand l'espérance de vie est à peu près équivalente. Deux traits distinctifs "sautent aux yeux" : la branche maladie est excédentaire, et ceci de manière pérenne. Ainsi, en 2011, les caisses publiques d'assurance maladie présentaient un excédent de 9,4 Md€ en Allemagne tandis qu'en France, ce même organisme était déficitaire, à hauteur de - 8,6 Md€.

Soutenabilité financière - l'exemple allemand

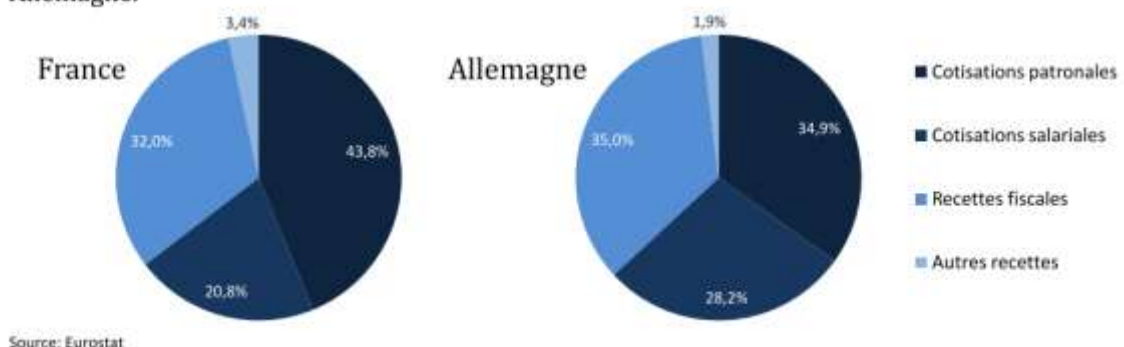
- Situation financière des caisses publiques d'assurance-maladie :



Deuxièmement, les médecins sont soumis à un malus. Ainsi, s'ils dépassent un volume cible de prescription, ils doivent se justifier auprès de la Caisse. Si cette instance n'est pas satisfaite des explications fournies, elle peut demander aux praticiens le remboursement d'une partie de ces dépenses. Le but est d'avoir les dépenses de santé les plus efficaces possibles en imposant à l'ensemble des acteurs, industries pharmaceutiques ou médecins, des régulations strictes avec pour idée de faire peser les efforts sur l'ensemble des assurés.

Mobiliser de nouvelles ressources – Un coût du travail proche en France et en Allemagne

- Une répartition du financement de la protection sociale proche en France et en Allemagne.



Et l'origine du financement de la protection sociale est assez similaire entre les deux pays : les cotisations patronales sont la source principale avec 43,8 % pour la France et 34,9 % pour

l'Allemagne ; les cotisations salariales représentent 20,8 % du financement en France et 28,2 % en Allemagne et les recettes fiscales pèsent 32 % en France et 35 % en Allemagne. La part des cotisations sociales dans le financement est donc voisine, avec 64,6 % dans l'Hexagone et 63,1 % Outre-Rhin, là où la moyenne de l'Europe est de 57,5 %.

Par ailleurs, le reste-à-charge des ménages est plafonné à 2 % du revenu brut annuel pour les assurés de droit commun et à 1 % du revenu brut annuel pour les assurés atteints de maladies chroniques (patients présentant une dépendance lourde, un handicap important, un traitement continu ou d'une durée minimale d'un an).

En Allemagne, sept types de caisses maladies

Source : Centre des liaisons européennes et internationales de Sécurité sociale (Cleiss), établissement public national à caractère administratif dédié à la mobilité internationale et à la Sécurité sociale. (www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_allemande.html)

Les cinq branches d'assurance du régime légal de sécurité sociale dont la branche assurance maladie sont gérées indépendamment par des Conseils d'administration comprenant, de manière paritaire, des représentants des employeurs et des salariés. C'est le ministère fédéral de la santé, *Bundesministerium für Gesundheit*, qui est compétent en matière d'assurance maladie obligatoire.

En Allemagne, pour être couvert en maladie-maternité, la rémunération d'un salarié doit être supérieure à un certain montant, fixé à 400 € par mois pour l'année 2012. Dans les deux semaines suivant le démarrage de son activité, le salarié doit déterminer la caisse maladie à laquelle il souhaite s'inscrire et en informer son employeur qui est tenu de l'y inscrire. La nécessité de choisir une caisse est valable pour tous les salariés, sauf les agriculteurs tenus de s'inscrire à une même caisse. Les caisses sont réparties en sept catégories : les caisses locales générales, les caisses d'entreprises, les caisses corporatives, la caisse des mines, la caisse des agriculteurs, et les caisses maladie libres agréées. La caisse des marins a été intégrée à la caisse des mines en 2008. Organismes autonomes de droit public, ces caisses fonctionnent en autogestion et sont placées sous la tutelle du ministère fédéral de la Santé, sauf celle des agriculteurs, placée sous la tutelle du ministère fédéral de l'Alimentation, l'Agriculture et de la Protection des Consommateurs (*Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz*).

Pour chaque assuré, les caisses d'assurance maladie perçoivent des montants forfaitaires permettant de couvrir les dépenses liées aux prestations, auxquels s'ajoutent des majorations selon l'âge, le risque et le sexe. Au titre de l'assurance maladie-maternité, en 2012, le taux de cotisation de l'employeur est de 7,30 % et celui du salarié est de 8,2 % versés dans la limite d'un plafond annuel de 45 900 € et ces cotisations sont prélevées mensuellement.

Quand un contrat d'assurance maladie privé est conclu, le montant de la prime est fonction du risque individuel de l'assuré et de son âge ainsi que s'il est atteint ou non de maladies et, si tel est le cas, le montant des primes est en règle générale plus élevé.

Concernant les soins, le patient est libre de choisir un médecin ou un dentiste parmi ceux qui ont signé la convention. Si le praticien est conventionné, il est payé directement par la caisse d'assurance maladie et l'assuré n'a pas à avancer les frais. Une franchise de 10 € est cependant demandée à chaque trimestre au patient dans le cadre d'une prise en charge régulière pour laquelle une demande doit être effectuée. L'assuré n'a pas à avancer les frais pour les médicaments prescrits par un médecin ou un dentiste et pris en charge par l'assurance maladie mais il participe à hauteur de 10 % du prix de vente du médicament avec un minimum de 5 € et un maximum de 10 €, cette participation ne pouvant excéder le prix du produit. L'assuré doit

payer des « montants fixes » pour certaines catégories de produits. L'optique est prise en charge pour les moins de 18 ans et les personnes dont la vision est gravement atteinte.

L'assurance maladie couvre les frais d'hospitalisation dans un établissement agréé. En revanche, un montant de 10 € par journée d'hospitalisation pour une durée maximale de 28 jours par année civile est demandé à l'assuré, sauf pour les moins de 18 ans. Si l'assuré choisit un autre hôpital que celui proprement désigné pour les soins qu'il doit recevoir, l'intégralité ou une partie des frais supplémentaires peuvent être à sa charge. Il en est de même pour certains services particuliers (demande de soins dispensés par le chef de service, par exemple). Les frais de transport peuvent être pris en charge, sous certaines conditions, mais comportent une participation du patient de 10 %, avec un minimum de 5 € et un maximum de 10 € par trajet. Il y a une exemption de la participation aux frais des prestations pour les moins de 18 ans, sauf pour les prothèses dentaires et les frais de transport.

La réponse de l'Allemagne face aux déserts médicaux

Pour faire face aux déserts médicaux, l'Allemagne a mis en place une régulation assez équilibrée, entre coercition et incitation, à travers une planification de l'offre médicale comportant l'interdiction de s'installer dans certaines zones géographiques. De plus, les prestations relevant des médecins spécialistes et généralistes ont été redéfinies afin de pallier le manque de spécialistes dans certaines régions et de revaloriser le métier de généraliste. La planification de l'offre médicale a abouti mais a produit des résultats contrastés. L'Assurance maladie a donc été obligée d'instaurer des incitations afin de mieux répartir l'offre des médecins dans les *länder*. Une transposition en France de ce modèle impliquerait un droit de regard plus fort des Agences régionales de santé sur l'installation des médecins là où, actuellement, sont utilisés plusieurs dispositifs d'incitation avec différents niveaux de prise en charge des cotisations sociales ou des aides à l'installation. L'Allemagne mène une politique plus volontariste que la France, en utilisant plusieurs leviers pour revenir à un équilibre, que ce soit au niveau des ressources mais aussi en termes de maîtrise des efforts.

L'Allemagne a réussi à imposer à des acteurs comme les médecins des décisions avec des mesures beaucoup plus énergiques sur le contrôle des consultations, les volumes cibles... Il paraît effectivement peu envisageable en France d'instaurer un malus pour les médecins. Certes, le paiement à la performance est en place en France, avec la définition d'un volume cible pour une prescription, un médicament et la rémunération varie en fonction de l'atteinte de cet objectif. En France, ce type de décision passe par la convention médicale nationale et il paraît difficilement concevable que les médecins acceptent de se plier à un système de malus imposé chaque année si leur niveau de prescription n'est pas conforme à celui fixé. A la rigueur, avec la remise en cause de la liberté d'installation des médecins, créer des postes de fonctionnaires médecins dans des endroits définis pourrait être une solution, selon l'avis de Grégoire de Lagasnerie. Dans ce cas, nous serions sur un système national de santé véritablement beveridgien.

Outre-Rhin, les dépenses de médicaments représentaient 1,6 % du PIB en 2008 alors qu'en France, ce taux était de 1,8 % du PIB. Deux boîtes de médicaments vendues sur trois sont des génériques tandis qu'une boîte vendue sur quatre est un générique en France. En matière de médicaments, il a

été fait le choix de ne pas rembourser les innovations incrémentales, c'est-à-dire les nouveaux produits n'apportant pas une véritable amélioration de l'efficacité thérapeutique, ce qui peut poser problème. A l'inverse, les innovations incrémentales sont davantage favorisées dans l'Hexagone avec le programme « tiers-payant contre génériques » mais celui-ci entraîne une bureaucratie importante, au regard des gains liés à celui-ci.

Système bismarckien versus système beveridgien

En France, si l'assurance maladie était plutôt à la base un système bismarckien, peu à peu, nous avons dérivé vers un modèle beveridgien avec, par exemple, le transfert d'une partie des cotisations salariales vers la CSG à partir de 1996, estime Grégoire de Lagasnerie.

Trois catégories de systèmes de santé

En raison des traditions historiques nationales, les systèmes de santé sont très différents d'un pays à l'autre au sein de l'Union européenne, selon le portail d'informations spécialisées Touteurope.eu.

Néanmoins, ceux-ci peuvent être regroupés en trois catégories :

- les systèmes de santé bismarckiens (du nom de l'ancien chancelier allemand Bismarck) sont financés par les cotisations sociales et non par l'impôt. C'est donc par le travail que la couverture du risque et l'accès aux soins s'effectuent. La France, la Belgique et l'Allemagne font appel à un tel système, même si du fait du chômage et de la volonté de permettre à tous un accès égal aux soins, l'intervention de la puissance publique a été renforcée.
- les systèmes de santé beveridgiens (Beveridge était un économiste britannique qui prôna un accès universel au système de soins) où le financement est déterminé par voie fiscale, sans lien avec le travail. Le principe sous-jacent est de donner un accès universel à ce système. Un tel fonctionnement est en place au Royaume-Uni.
- Dans les pays d'Europe centrale et orientale, soit les systèmes de santé sont nationaux, soit ils reposent sur l'accès à des prestations en nature. La plupart de ceux-ci sont actuellement en cours de réforme et le niveau de couverture y est moins élevé que dans les autres Etats membres.

Dans les pays de l'UE, les financements publics et privés sont couplés pour les soins de santé mais le financement public est prédominant. Ainsi, les fonds publics assument plus de 80 % des dépenses de santé courantes au Danemark, au Luxembourg et en Suède tandis qu'à Chypre, le financement public ne représente que 42,1 % du budget total de la santé. Les dépenses de santé privées proviennent essentiellement de paiements directs des ménages et des assurances de santé privées qui représentent moins de 10 % dans la plupart des pays, sauf en France et en Slovaquie (respectivement 13,6 % et 13,3 %), selon les données 2009 d'Eurostat.

Selon Claude Le Pen, en 1945, notre système était purement beveridgien avec deux différences par rapport à l'Allemagne. Premièrement, l'obligation d'assurances était sous caution de ressources, à savoir qu'au-delà d'un certain niveau de revenus, il n'y avait pas d'obligation d'assurances. Mais les

Allemands s'assurent, y compris si leur niveau de revenu est supérieur, de manière volontaire y compris auprès des caisses du régime légal, garantissant ainsi l'assurance maladie à ceux dont les revenus sont inférieurs au seuil défini. L'autre différence, c'est que les Allemands ont le droit de choisir la caisse à laquelle ils veulent s'affilier tandis qu'en France, nous sommes affiliés en fonction de notre statut professionnel : à la Cnam si l'on est salarié, à la MSA si l'on est agriculteur... A son avis, le système actuel correspond plutôt à un système bismarckien étatisé qu'à un système beveridgien dans la mesure où il n'est pas complètement fiscalisé : il n'est pas financé par l'impôt sur le revenu. En revanche, la CSG, ni vraiment une cotisation, ni vraiment un impôt, joue un rôle prépondérant. C'est un système qui repose sur la philosophie du « chacun *selon ses moyens et ses besoins* », très bismarckienne. A propos des mesures prises en Allemagne pour limiter le coût, il les considère comme compatibles avec notre système et applicables en France, avec des changements mineurs, si le compromis politique était plus fort et si un dialogue social plus nourri avec les médecins avait lieu.

Le régime d'Alsace-Lorraine : un peu d'Allemagne en France

Le système de santé ayant cours en Alsace-Lorraine où l'assurance complémentaire est obligatoire et ajustable en fonction des revenus est, lui-même, excédentaire, a expliqué Claude Le Pen. Et pourtant, les soins remboursés à 70 % dans les autres régions le sont à 90 % en Alsace-Lorraine et la couverture est de 100 % en cas d'hospitalisation. « *Il y a donc un petit peu d'Allemagne en France* », selon l'économiste de la santé.

Dans la salle, Eric Badonnel, Secrétaire général de l'union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (Unocam), a indiqué que le régime d'Alsace-Lorraine est membre de cette instance. Il a qualifié ce régime comme étant « *très spécifique* » notamment parce que cette forme de complémentaire obligatoire n'est pas soumise au financement du Fonds CMU et les garanties proposées dans les contrats ne suivent pas les règles des contrats "responsables et solidaires". Les médicaments sont remboursés à 90 % par l'Assurance maladie obligatoire ainsi que par la complémentaire santé alors que dans le reste de la France, les complémentaires complètent le remboursement du régime obligatoire pour parvenir à une prise en charge de 100 %. Pour les principales sources de reste-à-charge que sont l'optique, les prothèses dentaires, l'audioprothèse et les dépassements d'honoraires, ses remboursements sont inexistantes. De ce fait, estime Eric Badonnel « *c'est un système qui est, tout de même, très différent et peut difficilement être perçu comme un élément de comparaison pour les opérateurs d'assurance maladie complémentaire en France* ». C'est aussi une région où les dépassements d'honoraires sont parmi les plus importants, et ceci malgré tous les bienfaits du régime local, ne manque-t-il pas de mentionner.

Et d'ajouter : « *si l'on décidait de créer une complémentaire obligatoire en France, inspirée vaguement du régime local d'Alsace-Lorraine, comme François Hollande l'avait proposé lors de sa campagne présidentielle, ça signifierait alors que les cotisations des organismes complémentaires devraient être intégrées aux prélèvements obligatoires.* »

Le Président de la République a indiqué en octobre que la complémentaire santé devait être universalisée mais qu'en aucun cas, elle ne devait être obligatoire, a précisé Claude Le Pen. La marge entre ces deux conceptions soulevant des questions.

Régime local d'Alsace Moselle: de Bismarck à la régionalisation de la gestion

Éléments tirés d'un article de Daniel Lorthiois daté de 2006, Président du Conseil d'administration du régime local d'Alsace-Moselle, en ligne sur le site Internet du régime local d'Alsace-Moselle (www.regime-local.fr)

Parce que les départements alsaciens et la Moselle ont été rattachés à l'empire allemand de 1871 à 1918, le régime de protection sociale de ses habitants en a tiré un fonctionnement spécifique. En vigueur depuis 1946 et prévu pour être provisoire, ce système a été pérennisé. Il consiste en une complémentaire santé obligatoire intitulée le « régime local », intégrée au régime général dont le financement repose sur les cotisations sociales des salariés et des retraités.

Entre 1883 et 1889 furent adoptées et maintenues les lois de Bismarck, assurant une très forte socialisation de la prise en charge des dépenses de soins, le reste-à-charge étant minimal, avec une participation forfaitaire modeste sur l'achat des médicaments. L'ordonnance de 1945 portant création de la Sécurité sociale reçut un accueil mitigé de la part des Alsaciens et Mosellans : à leurs yeux, c'était une régression puisqu'il fallait acquitter un ticket modérateur de 20 % sur les dépenses de soins ! Est donc né, par un décret de juin 1946, « un régime local provisoirement en vigueur dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle » qui prenait en charge les 10 % du ticket modérateur sur les dépenses de soins de ville, moyennant une cotisation de 2 % sur les salaires plafonnés et acquittée par les seuls salariés.

« *C'était en quelque sorte la création d'une complémentaire obligatoire avec des comptes distincts, mais gérée, tant pour les cotisations que pour les prestations, par la Sécurité sociale* », explique Daniel Lorthiois. Si le régime a peu évolué de 1946 à 1990, les mesures de désengagement du régime général ont été compensées par une prise en charge du régime complémentaire.

Deux lois, datant de 1990 et 1994, sont venues complétées le corpus juridique de ce régime local afin d'assurer sa pérennité et la régionalisation de son administration. Puis celles de 1998 et 2002 ont mis fin à des ruptures de droits jusqu'alors provoquées par l'admission à la retraite en cas de résidence en dehors de ces trois départements.

Le régime local est géré par un Conseil d'administration composé presque exclusivement de salariés qui dispose de compétences singulières étendues et pilote le régime. Il couvre les salariés, assurés et ayants-droit (à l'exclusion des fonctionnaires ou agents titulaires des services publics) travaillant en Alsace et Moselle pour une entreprise, les chômeurs, les pré-retraités et les titulaires de pensions d'invalidité lorsqu'ils étaient affiliés au régime local, préalablement à leur entrée dans ces situations, les retraités selon certains critères, ainsi que les anciens salariés ayant travaillé comme « travailleurs frontaliers pendulaires » dans les pays limitrophes des trois départements.

Ce régime local, souligne Daniel Lorthiois, « *dans un contexte économique défavorable, a su préserver une forte solidarité régionale, englobant soins et prévention, le tout financé par les cotisations des seuls salariés ou retraités* ».

V- La Communauté européenne et la santé

Françoise Grossetête, Députée européenne spécialiste des questions de santé

Le programme santé de l'Union européenne

Avec le traité de Maastricht entré en vigueur en 1993, l'Union européenne est devenue compétente pour aborder le domaine de la santé. Signé en 2007, le traité de Lisbonne a ensuite précisé ces

éléments, donnant à l'Union européenne une compétence pour un meilleur accès de tous à la santé et une meilleure qualité des soins. La complémentarité des services de santé des Etats membres est par ailleurs une thématique sur laquelle travaillent les 27. En revanche, l'Union européenne n'est pas compétente pour traiter des régimes de protection sociale ou de la Sécurité sociale.

Avec 446 M€ à redistribuer dans les 27 pays, le programme de santé de l'Union européenne est modeste d'un point de vue financier. Il est destiné à accompagner les Etats membres dans leur politique de santé en vue d'organiser des actions conjointes vis-à-vis de problématiques générales. Y sont abordées par la prévention et l'information des thématiques comme les comportements alimentaires en vue de lutter contre l'obésité, la lutte contre la toxicomanie ou les abus d'alcool. La vaccination est également traitée, d'autant qu'il y a une baisse de la politique de vaccination sur le territoire européen et, en France entre autres, les enfants ne sont plus correctement vaccinés. Avec la crise européenne actuelle, les Etats membres ont des difficultés à élaborer leur budget et, malheureusement, la santé est le parent pauvre.

La santé, facteur de croissance ?

En ce moment, nous menons des discussions afin de savoir si la santé est un facteur de croissance ou non. Il s'avère qu'elle favorise la croissance pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il est préférable pour un Etat d'avoir une population en bonne santé et il vaut mieux faire des dépenses de prévention plutôt qu'intervenir après coup. Ensuite, aborder la santé ne veut pas dire traiter uniquement des déficits de la Sécurité sociale. C'est aussi la recherche et l'innovation, avec pour corollaires des centaines de milliers d'emplois sur le territoire européen. Il est important de conserver l'industrie pharmaceutique et la recherche en Europe, d'autant que la sécurité du patient en dépend. Les objectifs de la politique de santé européenne sont une meilleure qualité des soins et un accès de tous aux soins. L'Europe est en train de réviser la législation sur les dispositifs médicaux. Et l'on voit bien que ceux en provenance d'Asie n'offrent pas le même niveau de sécurité que ceux produits sur notre continent. En raison des difficultés à décider du budget européen, les 446 M€ destinés à la santé n'ont pas encore été avalisés. Et encore, si un précédent budget santé avait pu être voté, c'était parce qu'il s'intitulait « *santé et croissance* », une perspective prometteuse, alors que des coupes sombres étaient effectuées dans les programmes européens. Le montant du budget pour la santé est le même que lorsque nous étions 15 Etats membres, alors qu'aujourd'hui, l'Europe en compte 27. De plus, il y a des disparités importantes entre les Etats membres. Les plus pauvres doivent pouvoir bénéficier de 80 % de financement européen au lieu des 60 % prévus mais les grands Etats membres ne sont pas d'accord car cela réduit la part des autres et les choses se sont complexifiées avec la crise.

Une directive soins de santé transfrontaliers à transposer d'ici fin 2013

Il a fallu livrer bataille pour que la directive soins de santé transfrontaliers passe parce qu'au départ, sur les 27 Etats membres, seulement deux pays, la France et la Belgique, étaient favorables à ces décisions. Au départ, ces questions devaient être traitées dans la grande directive Services, appelée Bolkenstein, et qui a contribué à ce que les Français votent par la négative au référendum européen de 2005. Ainsi, nous avons été un petit noyau de députés européens à nous battre afin de faire retirer de cette directive services les soins de santé, les pays nordiques et anglo-saxons considérant

les soins de santé comme des services. La directive soins de santé transfrontaliers est d'importance car elle permet à tout citoyen européen de bénéficier de soins de santé programmés dans un autre Etat membre que le sien et elle répond à toutes les questions sous-jacentes (modalités de remboursement, nécessité ou non de demander une autorisation préalable,...). Avec pour objectif l'égalité de traitement entre les patients européens, cette directive est un progrès important pour les patients et doit être transposée dans tous les Etats membres d'ici la fin 2013.

Avec cette directive, il faudra une autorisation préalable pour recevoir des soins dans un autre Etat que le sien sauf dans quelques pays nordiques qui ne l'imposent pas. Cette autorisation ne pourra être refusée si les délais d'attente dans un pays sont tellement longs que cela est préjudiciable à la santé du patient. En revanche, un pays peut refuser qu'un patient reçoive des soins dans un autre s'il peut justifier que la qualité des soins y est insuffisante puisqu'il peut y avoir, dans ce cas, danger pour le patient.

On ne discute pas de la santé à la légère !

Lorsqu'une législation sur la santé est discutée, on constate une crispation des Etats membres car ils craignent que ce projet n'engendre des frais. Une législation n'est pas systématiquement synonyme de surcoût. Notre but, au Parlement européen, c'est le juste équilibre entre économie et santé et ce qui prime, c'est la qualité et la sécurité des soins. La législation est révisée en permanence. Lorsque l'affaire malheureuse du Médiateur s'est produite, la législation pharmaceutique relative aux autorisations de mise sur le marché venait d'être révisée par le Parlement et le Conseil. Nous avons effectué un stress test pour vérifier si les dispositions permettaient d'éviter une telle affaire. Or, cette législation était moins ferme que la précédente sur trois points et nous avons corrigé cette directive dans les six mois. La révision de la directive sur les dispositifs médicaux était prévue et il y a eu aussi une affaire malheureuse en France, celle des prothèses PIP. Une discussion vient de démarrer à propos de la transparence du prix des médicaments en Europe. Ceci pour montrer que le Parlement européen est constamment dans l'action pour améliorer la législation.

Les Français ont une image catastrophique et négative de l'Union européenne. Or, s'il n'y avait pas l'Union européenne, il n'y aurait pas eu beaucoup d'avancées au service des citoyens. Nous traversons une crise d'une gravité sans précédent. Dans toutes les politiques menées, nous avons à l'esprit le problème du chômage, en hausse depuis quelque temps, et celui de la compétitivité de l'Union européenne. Si nous ne réagissons pas maintenant, il sera trop tard et nous serons à la traîne de l'Asie, de l'Amérique Latine... Les enjeux sont cruciaux.

Conclusion des débats

[Philippe Mixe, Président de la FNIM](#)

Le mutualisme : un modèle à pérenniser

Avec cette alliance existant entre l'Assurance maladie obligatoire et la complémentaire santé en France, nous sommes dans un fonctionnement particulier où le modèle mutualiste d'assurance complémentaire tient plus de place que dans le reste de l'Europe, comme l'a précisé Gaëtan

Lafortune. Parce que c'est un système pertinent et efficace pour nos adhérents et pas seulement par un réflexe corporatiste de protection de nos organismes, nous souhaitons que ce modèle soit pérenne.

Comme cela a été évoqué avec le régime d'Alsace-Lorraine, il me semble que rendre obligatoire la complémentaire santé est une ineptie. De même, on murmure parfois que le volume des prestations servi par les organismes complémentaires pourrait être intégré dans l'Ondam (Objectif national des dépenses d'Assurance maladie). Si cette possibilité était discutée, la FNIM y serait fermement opposée car ce serait en quelque sorte une nationalisation du régime optionnel. En effet, nous sommes attachés au principe fondamental de la liberté des citoyens à s'organiser entre eux pour assurer, comme ils le veulent, la part revenant à la gestion de leur problème santé, une fois que le régime obligatoire est intervenu.

Si l'Europe a un rôle évident à jouer dans la vie des citoyens, Solvabilité II ne doit en aucun cas concerner les mutuelles à taille humaine. On nous impose un ensemble de contraintes qui pèsent financièrement sur nos structures sans qu'il y ait un retour sur investissement pour les adhérents. Avec l'entrée en fiscalité des mutuelles depuis le 1^{er} janvier 2012, on a oublié un peu trop vite la spécificité du modèle mutualiste français afin de nous aligner sur les compagnies d'assurances et de nous contraindre à devenir des managers d'un mouvement assurantiel et non plus des experts d'un mouvement solidaire et humaniste. Peu à peu, la gestion prend le pas sur la solidarité alors que nos mutuelles fonctionnent parfaitement bien. Qui va payer ces impôts auxquels sont désormais assujetties les mutuelles ? L'adhérent, alors que tous les politiques viennent nous dire qu'ils veulent maîtriser le coût de la santé.

Unifier les Codes est une aberration

Et on parle désormais d'unifier les Codes de la Mutualité, de la Sécurité sociale et de l'Assurance alors que la logique assurantielle, consumériste est étrangère aux mutuelles. Le modèle mutualiste est efficace et fonctionne bien : laissons-le fonctionner. Les accords de branche, en pleine expansion pour l'assurance santé, privent l'adhérent, fut-il une entreprise, de la liberté de choix du prestataire. C'est pourquoi la FNIM se bat au sein de l'Apac (Association pour la promotion de l'assurance collective) dans l'optique de faire évoluer les accords de branche.

Et maintenant, arrive un projet de réforme bancaire auquel les mutuelles seraient concernées. Une fois de plus, on nous assimile à des banques ou à des compagnies d'assurances avec lesquelles nous n'avons pas grand-chose à voir car nous exerçons notre métier très différemment. A travers ce projet, l'Autorité de contrôle prudentiel entend examiner les compétences et l'honorabilité des élus et des opérationnels exerçant à la direction de nos structures. C'est inacceptable ! Comment l'ACP peut-elle juger de la compétence d'un administrateur ou d'un président de mutuelle ? C'est ni plus ni moins une dérive car la gouvernance des mutuelles tire la légitimité des élections et non d'une soi-disant compétence intellectuelle ou technique. S'il faut être énarque ou polytechnicien pour diriger une mutuelle, qu'on nous le dise. Il n'est pas nécessaire d'être diplômé pour manager une entreprise qui fait preuve de performances, les exemples abondent en ce sens.

Le Dossier médical personnel à la traîne

Quant au dossier médical personnel (DMP) qui doit être mis en place depuis une petite dizaine d'années, pourquoi n'avance-t-on pas à ce sujet puisqu'il fonctionne très bien au niveau local quand il est mis en place ? A minima, le DMP pourrait être mis en place sur des territoires définis afin de générer une rationalisation et des économies de santé importantes pour la collectivité, et donc pour le citoyen.

Je souhaite également revenir sur l'accord du 15 octobre sur les dépassements d'honoraires. Le problème est-il réglé ? Bien sûr que non. La revalorisation du secteur I n'a sûrement pas été significative et le seuil de 150 % en plus du tarif de Sécurité sociale pour fixer le montant des dépassements excessifs apparaît comme purement indicatif. De plus, les négociations ont repris sans les organismes complémentaires et ont néanmoins abouti en quelques minutes à la signature d'un accord. Il y a là un mystère ! Le modèle qui était le nôtre doit retrouver toute sa place. C'est tout le travail de notre Fédération qui a pour ambition la refondation du mouvement mutualiste en France. On a trop tendance à oublier que les mutuelles n'ayant pas de but lucratif, elles n'ont pas de dividendes à redistribuer à des actionnaires et que les réserves dont elles disposent, c'est l'argent des mutualistes. Laissons cet argent à la disposition des mutualistes pour de vraies solidarités et en vue de remettre en place le mouvement mutualiste.

6^{èmes} Rencontres : la conclusion

Le système de santé de chacun des pays européens est marqué culturellement et le traitement des problématiques, que celles-ci relèvent des aspects financiers, de la satisfaction des patients ou encore de l'accès aux soins, est particulier à chacun des Etats. On le voit à travers les propos de Françoise Grossetête, Députée au Parlement européen, les pays anglo-saxons ou nordiques ne considèrent pas la santé de la même manière que les pays du Sud de l'Europe. Pour les uns, recevoir un soin est un service comme un autre, pour les autres, la santé a une connotation très particulière et doit être traitée à part.

Cependant, les difficultés rencontrées quant à la gestion des systèmes de santé sont quasi identiques dans tous les Etats : vieillissement de la population engendrant une hausse de la consommation des soins et des biens médicaux, progrès technologiques générant une augmentation du coût de la santé, accès aux soins remis en cause soit par des files d'attente comme en Suède, soit par des tarifs en progression comme en France avec la montée des dépassements d'honoraires. Le tout, sur fond de crise économique, imposant des arbitrages de la part des gouvernements puisque la manne financière prévue à cet effet tend à stagner, voire à régresser.

Ici, en Allemagne, on fait preuve d'une grande fermeté pour régir le système de santé avec un malus visant les médecins si ceux-ci ne respectent pas dans leurs prescriptions le volume cible déterminé ou afin qu'ils s'installent dans des zones desservies sur le plan médical. Avec pour conséquence, un système de santé qui affiche une forme olympique quant à son fonctionnement budgétaire ! Là, en Suède, on n'hésite pas à réviser l'organisation du système de santé via des réformes qui portent leurs

fruits. Ainsi, le taux d'absentéisme a baissé après l'adoption de nouvelles dispositions, plus dures, les temps d'attente pour être traité ont diminué avec l'instauration de la garantie des soins.

A chaque problématique, sa solution. Le système de santé français possède d'innombrables atouts, entre autres, des soins de qualité effectués par des professionnels de santé suffisamment en nombre pour que les patients ne pâtissent pas de l'attente et le reste-à-charge le moins élevé de l'ensemble des pays d'Europe pour les ménages grâce à une participation élevée de la Sécurité sociale et à l'intervention des complémentaires santé. En revanche, on ne pourra longtemps se voiler la face quant au déficit de la Sécurité sociale. Si, année après année, ses lois de financement successives élargissent les recettes, ce n'est qu'un cautère sur une jambe de bois puisque le problème demeure intact. Faut-il une plus grande fermeté, comme en Allemagne, puisque les solutions adoptées, proches de celles mises en œuvre dans l'Hexagone, ont fonctionné ? Faut-il procéder à une réforme structurelle ? A n'en pas douter, c'est un dilemme cornélien.