

Avec les entreprises, assurer l'avenir du
système de santé en conjuguant efficacité,
innovation et responsabilité

20

14

SOMMAIRE

Avec les entreprises, assurer l'avenir du système de santé en conjuguant efficacité, innovation et responsabilité

Partie I. Engager les réformes structurelles vers une organisation-cible du système de soins favorisant l'efficacité et l'innovation.....	p.7
Axe 1 : adapter l'offre de soins de soins par un rééquilibrage hôpital – ville	p.9
Axe 2 : rendre le fonctionnement et la gestion des établissements de santé plus efficaces par plus d'équité et de transparence entre public – privé	p.11
Axe 3 : mettre en place une véritable « médecine de parcours » pour relever le défi de la montée en charge des maladies chroniques	p.13
Axe 4 : responsabiliser davantage les acteurs du système de santé.....	p.14
Axe 5 : clarifier la gouvernance du système de santé et renforcer les règles de pilotage et de suivi des dépenses d'assurance maladie.....	p.16
Le progrès technique : facteur d'efficacité, levier de l'économie de la santé du futur.....	p.18
Partie II. A moyen-long terme, définir un schéma-cible de financement favorisant l'efficacité du système et compatible avec la compétitivité	p.19
Le « modèle étatique » - schéma 1	p.21
Le « modèle concurrentiel » - schéma 2	p.23
Notre recommandation : le « modèle réaliste » - schéma 3	p.25
SYNTHESE DE LA CONTRIBUTION MEDEF	p.27

Considéré comme « *le meilleur système au monde* » par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2000, le système de santé français fait désormais l'objet de critiques de plus en plus nombreuses que ce soit sur l'insuffisante place faite à la prévention ou encore son manque d'efficience. Les rapports d'experts sont convergents : le système de santé français mobilise davantage de moyens que ses voisins européens pour des résultats sanitaires qui ne sont pas sensiblement meilleurs. Or les entreprises sont un des principaux contributeurs à ce système de moins en moins efficient.

Les Français eux-mêmes sont de plus en plus inquiets sur la qualité de leur système de santé et sur son avenir compte tenu de la croissance annoncée des dépenses de santé. Selon le sondage réalisé par l'Ifop en mai 2013 dans le cadre de l'Observatoire des politiques publiques sur le thème « Les Français et la politique de santé », seules 35 % des personnes interrogées estiment que les sommes annuellement consacrées par la France à la politique de santé sont utilisées de manière efficace.

Ce constat devrait nous amener à nous interroger collectivement sur la nature et l'ampleur des réponses à apporter aux enjeux posés et à engager sans délai des réformes de structure ambitieuses tant en termes de financement que d'organisation. Au lieu de cela, les pouvoirs publics, gouvernement après gouvernement, font le choix de la facilité, celui qui consiste à privilégier les arbitrages de court-terme et les évolutions rampantes.

Ce choix obère l'avenir et la pérennité d'un système, figé dans un modèle ancien et mal préparé aux révolutions en cours, malgré d'indéniables atouts. Il conduit à une dégradation lente mais inévitable du système de santé qui apparaît de plus en plus comme un coût pour la collectivité au lieu d'être une contribution essentielle à un environnement de croissance et d'emploi.

Ce choix consiste notamment à :

- injecter chaque année près de 4 Mds€ supplémentaires dans un système qui offre déjà un très haut niveau de couverture publique tout en continuant à creuser les déficits;
- reporter le financement de ce très haut niveau de couverture sur les générations futures avec un transfert de dettes à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades);
- renforcer un système public, administratif et réglementé, plutôt que de faire jouer une concurrence entre les acteurs qui peut contribuer à la baisse du prix des prestations et services de santé et les coûts de gestion, comme l'illustrent les systèmes néerlandais et allemand ;
- renforcer la solidarité verticale d'un système qui est pourtant déjà un des outils les plus redistributifs de notre système socio-fiscal au risque d'interroger le consentement au financement des jeunes générations, notamment les plus qualifiées, et de faire disparaître toute liberté de choix;
- écarter tout élément de responsabilisation des acteurs la considérant, par dogme, comme forcément néfaste dans un pays qui a pourtant l'un des restes à charge les plus bas au monde ;
- renoncer à l'adaptation de l'offre de soins, notamment pour préserver l'emploi public hospitalier, conduisant à faire peser les efforts de régulation de la dépense sur les acteurs privés.

Notre conviction est qu'il est urgent de définir un cap, une véritable stratégie pour le système de santé à horizon 2020-2025. C'est à cette condition que le système auquel les Français sont attachés pourra être pérennisé pour les générations actuelles et futures.

Pour le MEDEF, la stratégie nationale de santé (SNS) annoncée par les pouvoirs publics doit viser à :

- **Engager les indispensables réformes structurelles du système de soins en favorisant l'efficacité et l'innovation (partie 1).** Ces réformes permettraient de parvenir à une **organisation-cible du système de soins** où l'hôpital serait recentré sur les cas lourds et complexes et les urgences avérées, la médecine de ville serait mieux structurée et mieux coordonnée, l'ensemble des acteurs serait responsabilisé, la gouvernance et le pilotage du système seraient renforcés. Elles généreraient des économies **de l'ordre de 15 à 20 Mds€ par an à horizon 2017** tout en améliorant la sécurité et la qualité des soins. Ce programme pluriannuel formerait un ensemble cohérent de mesures, dont certaines pourraient être mises en œuvre immédiatement et d'autres verraient leur application étalée dans le temps. Il vise à mettre le système « en mouvement » en favorisant l'innovation mais en veillant à qu'elle se traduise, dans la santé comme les autres secteurs, par des gains de productivité.

- **Définir une architecture-cible de financement préservant un bon niveau de couverture mais compatible avec la compétitivité (partie 2)** en distinguant mieux ce qui doit relever de la solidarité nationale, de la mutualisation et de la responsabilité dans le cadre d'une architecture renouvelée. Compte tenu de l'augmentation annoncée des dépenses de santé dont la croissance est supérieure au PIB, le statu quo n'est pas souhaitable sauf à peser sur la compétitivité des entreprises. Entre le « modèle étatique » et réglementé qui se dessine et que nous rejetons et le « modèle concurrentiel » qui mérite un intérêt, nous proposons de privilégier un **schéma-cible** favorisant l'efficacité globale du système et compatible avec la compétitivité des entreprises tout en tenant compte des spécificités du système de santé français et de la maturité du débat public sur ces sujets (cf. « modèle réaliste » décrit dans le schéma 3). Il prévoit une diminution du financement du système obligatoire de l'ordre **de 10 Mds€** transférés vers des dispositifs de mutualisation et la responsabilité individuelle. Cette proposition doit aussi se traduire par une baisse des cotisations « maladie ». Cette proposition, combinée avec les mesures d'efficacité prévues *supra*, permet au total de **réaliser une diminution des dépenses d'assurance maladie obligatoire de l'ordre de 25 à 30 Mds€.**

Notre système de santé mérite mieux que des arbitrages de court-terme et des évolutions rampantes. Il mérite un véritable choix de société éclairé et transparent autour d'une vision partagée et responsable de moyen-long terme tant en termes d'organisation des soins que d'architecture-cible de financement. La stratégie nationale de santé (SNS) annoncée par les pouvoirs publics doit en être l'occasion. Ce document se veut une contribution au débat démocratique que nous appelons de nos vœux.

**

Partie I - Engager les réformes structurelles vers une organisation-cible du système de soins favorisant l'efficacité et l'innovation

La question de la régulation des dépenses de santé et les enjeux d'efficacité sont devenus des préoccupations majeures pour l'ensemble des pays de l'OCDE¹. Si la France s'est engagée dans cette voie avec la mise en place des PLFSS, de l'Ondam et les outils de maîtrise médicalisée des dépenses, le système de santé français manque d'efficacité, comme l'a encore rappelé l'OCDE dans son *Panorama de la santé 2013*.

Certes, la France a des résultats sanitaires globalement satisfaisants. Ils ne sont toutefois pas sensiblement meilleurs que ceux d'autres pays qui consacrent une part plus faible de leur revenu national à la santé. Ils sont même parfois moins bons que la moyenne OCDE (exemples : mortalité avant 65 ans, diabète, consommation d'alcool, dépistage du cancer du sein...). Ces performances contrastées sont le signe d'une insuffisante adaptation de l'organisation et de la gouvernance de du système de soins aux nouveaux enjeux (vieillesse, maladies chroniques...) et aux nouvelles technologies (ambulatoire, traitement personnalisé...).

Hospitalo-centré, très cloisonné et insuffisamment coordonné, trop curatif et pas assez préventif, etc., le système de soins a « *vieilli* » pour reprendre l'expression utilisée par la Ministre lors du lancement de la stratégie nationale de santé (SNS). Trop figé, il n'a su s'adapter aux nouveaux enjeux et pleinement tirer parti des évolutions technologiques et thérapeutiques majeures de ces dernières décennies qui ont par exemple permis des interventions moins invasives pour le patient. Le pilotage stratégique est insuffisant alors que les contraintes législatives et réglementaires sont de plus en plus fortes pour les acteurs. La gouvernance du système reste bancal à bien des égards avec la coexistence d'une « double commande » assurance maladie et Etat et d'une confusion des rôles dans le champ hospitalier où l'Etat est à la fois gestionnaire et régulateur.

De nombreux rapports (Cour des comptes, Igas-IGF, MECSS, OCDE, HCAAM, CNAMTS, etc.) ont documenté ces constats, rappelés ici très brièvement, et ont formulé de nombreuses propositions de réformes dites structurelles concourant à une « *maîtrise accrue de la dépense tout en améliorant la qualité et la sécurité des soins* » à l'instar du rapport Igas-IGF de juin 2012 sur le respect de l'Ondam².

La réalité est que les pouvoirs publics peinent à engager à grande échelle, les indispensables réformes de structures. Les chantiers stratégiques qui permettraient de réaliser, demain, d'importants gains de productivité, notamment par une modernisation des systèmes d'information, sont insuffisamment pilotés. Ajoutons à cela que le système de remboursement est devenu illisible et déresponsabilisant pour les assurés et par nature inflationniste.

En repoussant les réformes structurelles urgentes, la France est de plus en plus isolée au niveau européen. En effet, la plupart des pays de l'OCDE ont mis en place des actions de régulation de la dépense et de maîtrise de la consommation excessive ou inappropriée de biens et services de santé

¹ - « *Améliorer le rapport coût-efficacité des systèmes de santé* », note de politique économique n°2, OCDE, 2010.

² - Pour mémoire, ce rapport considère qu'il est possible de réaliser près de 15 Mds€ d'économies sans baisse de la qualité des soins. Ces économies portaient à près de 60 % sur l'hôpital.

et d'adaptation de l'offre de soins³. Face à la crise, les pays de l'OCDE ont accéléré le train de réformes structurelles engagées. La France fait l'inverse avec, par exemple, l'annonce de la généralisation du tiers payant qui contribuera à rendre ces biens et services « gratuits ».

Pire, la France fait supporter l'essentiel des efforts de régulation de la dépense par les acteurs privés⁴ (médicaments, dispositifs médicaux, hospitalisation privée, médecins libéraux...), choix dangereux qui menace la croissance et l'emploi dans ces secteurs d'excellence française mais également choix injuste dans la mesure où les économies engendrées sur ces secteurs privés sont absorbées par d'autres acteurs, notamment publics⁵ sans bénéfice supplémentaire pour la collectivité. C'est un choix que nous dénonçons année après année, PLFSS après PLFSS : il préserve des « situations de rente » au détriment de l'innovation, fige le système au lieu de le mettre « en mouvement », dresse les acteurs les uns contre les autres alors qu'il conviendrait de les engager dans un système coopératif, bref sacrifie l'avenir au présent.

Dans ce contexte, le MEDEF appelle à la mise en place d'un **Programme pluriannuel de réformes structurelles concourant à la mise en œuvre d'une organisation-cible du système de soins à horizon 2017**, plus efficiente pour le patient en termes de qualité comme pour la collectivité en termes de coût. Ce Programme ambitieux permettrait de réaliser sur la période un effort d'efficience de l'ordre de 15 à 20 Mds€ dans le champ de l'Ondam d'ici 2017 tout en améliorant la qualité des soins – montant qui pourrait partiellement être réinvesti dans le secteur⁶. Il est indispensable pour tenir sur la période un Ondam à un niveau plus raisonnable et pour adapter à plus long terme le système aux nouveaux enjeux dans l'intérêt même des patients.

Ce programme, qui formerait un ensemble cohérent de mesures, devrait être guidé par un certain nombre de principes d'action : efficience et innovation ; équité de traitement entre les acteurs publics et privés et transparence ; liberté et responsabilité des acteurs. Il serait mis en œuvre de façon étalée d'ici 2017 en veillant à une juste répartition des efforts entre les différents acteurs. Certaines de ces mesures seraient mises en œuvre immédiatement, d'autres nécessiteraient des modifications législatives ou réglementaires. Certaines pourraient être généralisées, d'autres passeraient par la mise en œuvre de projets-pilotes.

S'il ne nous appartient pas de proposer en détail un programme détaillé qui relève la responsabilité des pouvoirs publics, il nous paraît plus que jamais nécessaire de contribuer à proposer un cap, des orientations vers un schéma-cible d'organisation des soins, favorisant l'efficience et l'innovation. Les cinq axes et la vingtaine de propositions ci-dessous n'ont d'autre vocation que d'esquisser ce cap et de rappeler l'ordre de grandeur des économies possibles que nous estimons entre 15 et 20 Mds€, sur

³ - cf. Eclairage « Comparaison internationale de la dynamique récente des dépenses de santé », « La crise a ensuite été le catalyseur de réformes profondes des systèmes de santé », Rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, septembre 2013.

⁴ - Pour l'année 2014, la LFSS prévoit 440 M€ d'efficience à l'hôpital, soit 18 % des économies demandées dans le champ de l'Ondam alors que les enveloppes hospitalières représentent 42 % de l'Ondam.

⁵ - A titre d'exemple, la politique de développement des médicaments génériques est financée au travers de baisses de prix industriels. Or une grande partie de ces économies sert à financer la rémunération sur objectifs des professionnels de santé et la marge incitative des pharmaciens alors même que le coût de la distribution de médicament est élevé dans notre pays.

⁶ - L'innovation en santé correspond à une attente forte de nos concitoyens. Si elle se traduit presque toujours par un surcoût en début de période, elle apporte des gains substantiels ensuite. C'est un sujet qu'il conviendrait de davantage documenter.

la base des chiffrages détaillés et concordants figurant dans les rapports cités. Précisons que l'objectif de réduction des capacités hospitalières publiques au profit d'une offre de premier recours plus souple, plus structurée et en réseau, est essentiel et représente à lui seul plus de la moitié des économies potentielles (soit entre 7 et 10 Mds€). Cet effort doit bien entendu être échelonné sur plusieurs années au fur et à mesure des départs en retraite et des reconversions (médecine de ville, SSR, EHPAD...). Il conviendrait de nouer un véritable Pacte de confiance avec les acteurs hospitaliers qui s'engageraient dans ces réformes mais bénéficieraient en retour d'une partie des gains réalisés.

Ces réformes structurelles doivent remodeler en profondeur l'organisation du système de soins. Leur mise en œuvre suppose de mettre l'ensemble du système « en mouvement » et d'offrir à chaque acteur de réelles perspectives pour demain. Fondamentalement, l'organisation de l'offre de soins doit être repensée en la construisant à partir de deux principes simples : le territoire de santé pertinent d'une part et les besoins en santé de la population sur ce territoire d'autre part. Sur un territoire donné et pour répondre aux besoins de la population, les offreurs de services en santé sont engagés dans le service public territorialisé de santé. Ils sont éligibles et solvabilisés par des ressources publiques à raison de l'adéquation entre le service proposé et les besoins en santé de la population et de leur efficacité. Ce sont les seuls critères qui doivent justifier l'attribution de ressources publiques – ce qui exclut *de facto* tout monopole du service public pour le secteur public.

Axe 1 : adapter l'offre de soins de soins par un rééquilibrage hôpital – ville (7 à 8 Mds€)

La pratique médicale a connu au cours de ces dernières décennies une véritable « révolution ». Là où un patient restait hospitalisé plusieurs jours ou semaines, un même patient entre aujourd'hui à l'hôpital le matin et en sort le soir (progrès anesthésiques, interventions chirurgicales moins invasives...). Contrairement aux autres pays européens, la France n'a pas tiré les conséquences de cette « révolution technologique » sur l'organisation de notre système de soins : les dépenses hospitalières représentent encore 37 % de nos dépenses de santé contre 29 % en moyenne dans les pays de l'OCDE⁷.

Il convient de remédier à cette inadaptation croissante de l'offre de soins, coûteuse pour la collectivité, sans bénéfice supplémentaire pour les patients voire au détriment de la sécurité et de la qualité des soins, en se fixant pour objectif de rejoindre les standards européens. Pour y parvenir, il faudra recentrer l'hôpital sur la prise en charge des cas lourds et complexes et les urgences avérées, et favoriser les alternatives à l'hospitalisation complète. Il faudra aussi aller au bout de cette logique ce qui impliquera de réduire les surcapacités hospitalières et notamment le nombre de lits en soins aigus, soit par la suppression, soit par la reconversion de lits⁸.

Cet axe 1 permettrait de réaliser progressivement entre 7 et 8 Mds€ d'économies par an.

⁷ - *Panorama de la santé 2013*, OCDE.

⁸ - La mission sénatoriale Vasselle de 2011 sur la prise en charge de la dépendance avait évalué à environ 30000 le nombre de lits susceptibles d'être transférés du court séjour hospitalier aux EHPAD. Ceci se traduirait par un transfert de 200 à 300 M€ de l'Ondam sanitaire vers l'Ondam médico-social et par une économie nette d'environ 1 Md€ pour l'assurance maladie.

✓ **Proposition 1** : développer la prise en charge en ambulatoire⁹ et assouplir la réglementation actuelle concernant la réalisation de certaines interventions en chirurgie ambulatoire sans baisse de la qualité des soins ; favoriser le regroupement et la coordination des professionnels en ambulatoire, y compris pour la prise en charge des patients lourds, et développer l'hospitalisation à domicile (HAD) comme alternative moins coûteuse à une prise en charge à l'hôpital¹⁰ ; *fixer chaque année des objectifs chiffrés dans ce domaine aux Directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS) et les responsabiliser sur les résultats obtenus.* **Proposition 2** : en parallèle, réduire les surcapacités hospitalières et notamment le nombre de lits en soins aigus, comme le préconisait le rapport Vallancien de 2006, soit par la suppression, soit par la reconversion¹¹ ; *fixer par décret des seuils d'activité minimum en chirurgie garantissant un haut niveau de sécurité et de qualité des soins ; faire de la certification des établissements de santé un levier pour une meilleure qualité et sécurité des soins.*

✓ **Proposition 3** : réorganiser la prise en charge des urgences avec pour objectif de recentrer l'activité des urgences hospitalières sur les urgences médicalement avérées et de développer, en parallèle, une offre de premier recours plus structurée (regroupement de professionnels libéraux à proximité d'établissements...). Le recours aux urgences ne cesse de progresser – plus de 18 millions par an aujourd'hui soit 5 millions de plus qu'il y a dix ans. Or cette prise en charge, souvent inadaptée pour les personnes âgées¹², se traduit par une baisse de qualité des soins et des dépenses injustifiées pour la collectivité. De façon générale, la question de la pertinence des soins devra être mieux prise en compte. La question des urgences hospitalières est emblématique des rigidités du système hospitalier actuel : avec 1 100 cliniques sur le territoire l'hospitalisation privée propose seulement 132 services d'urgence. Le recours aux établissements privés qui souhaitent développer une activité d'urgence doit être plus systématique. Mais les autorisations sont en fait (et pas en droit) le privilège du secteur public.

✓ **Proposition 4** : développer à grand échelle de nouveaux modes d'organisation des soins (maisons de santé, regroupement des professionnels,...) et favoriser des formes de prise en charge innovantes telles que la télé médecine et le suivi à distance des patients en réservant une partie des financements aux innovations technologiques et organisationnelles¹³.

⁹ - Dans son rapport RALFSS de septembre 2012, la Cour des comptes souligne que le développement de l'ambulatoire permettrait de réaliser environ 5 Mds€ d'économies, chiffrage réalisé par l'ANAP 2011 et récemment contesté par la FHF.

¹⁰ - Selon le rapport d'Elisabeth Hubert sur « la médecine de proximité » de 2010, « *un malade qui ne relève plus d'un séjour à l'hôpital et qui est soigné à son domicile, est pris en charge pour un coût 3 à 5 fois inférieur et ce, sans perte de chance* ».

¹¹ - Cette action devra bien entendu se traduire par une réduction des effectifs hospitaliers favorisée par les départs en retraite et engagée au fur et à mesure de la montée en puissance des réorganisations hospitalières.

¹² - « *La sur-utilisation des urgences – avec un taux de recours supérieur de 40 % pour les personnes âgées de 80 ans et plus – la fréquence des réhospitalisations – 37 % des séjours de patients de plus de 80 ans contre 15 % pour la catégorie des 30 à 70 ans – illustrent les inadaptations dont souffrent les prises en charge sanitaires et psychosociales autour de la personne âgée en France* » (rapport Commission des comptes de la Sécurité sociale – juillet 2012).

¹³ - Il s'agit d'un mouvement de fond comme le souligne le cabinet Jalma (*op.cit*) : « *La diffusion très large des nouvelles technologies de santé est d'autant plus probable qu'elle s'inscrit dans un mouvement plus global de généralisation du do-it-yourself. La tendance observée depuis plus de vingt ans est celle d'une suppression progressive des activités intermédiaires dans l'ensemble des secteurs de l'économie (...). Les enjeux à venir de*

✓ **Proposition 5** : engager la réforme du réseau officinal en veillant à concilier efficacité et proximité. Le réseau officinal français est l'un des plus denses d'Europe avec 22 000 pharmacies réparties sur l'ensemble du territoire - ce qui contribue à renchérir le coût de la distribution de médicaments. Ce sujet, souvent évoqué mais jamais traité, doit être regardé avec attention en concertation avec les professionnels concernés.

Axe 2 : rendre le fonctionnement et la gestion des établissements de santé plus efficaces par plus d'équité et de transparence entre public – privé (2 à 3 Mds€)

De nombreux rapports ont mis en évidence les marges d'efficacité possibles dans le fonctionnement et la gestion des établissements de santé. A titre illustratif, l'écart de productivité entre hôpitaux publics et privés est évalué entre 25 % et 30 %. Les tarifs sont plus élevés de 22 % dans le public que dans le privé pour une même prestation en MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), soit un surcoût de l'ordre de 7 Mds€ pour la collectivité. Pour 1 000 habitants, il y a 16,2 personnes (ETP) employées dans les hôpitaux français, contre 10,9 en Allemagne.

Il est indispensable d'engager les établissements de santé publics et privés dans une démarche de performance accrue. Pour y parvenir, nous préconisons de donner une autonomie plus forte aux hôpitaux et, en contrepartie, de responsabiliser les gestionnaires et les équipes médico-administratives sur les résultats obtenus. Nous suggérons aussi de conforter la tarification à l'activité (T2A) tout en prenant mieux en compte les critères de sécurité, de qualité et de performance. La convergence tarifaire sur les actes standards entre les deux secteurs public et privé doit être réintroduite dans un souci d'équité entre les acteurs et de plus grande transparence.

Un des freins à la réforme structurelle des hôpitaux publics réside dans la double proximité de :

- **L'Etat et l'hôpital d'abord.** Le régulateur (ARS) est nécessairement juge et partie : comment être neutre lorsque les moyens alloués le sont entre des établissements administrés par la puissance publique (les hôpitaux) et des établissements privés à statut commercial ;
- **L'hôpital public et le politique ensuite.** La place prépondérante de l' élu local et la valeur symbolique de l'hôpital (souvent premier employeur de la ville) mettent en évidence une réelle divergence d'intérêt entre la nécessité d'efficacité hospitalière (qui induit restructuration et emplois en moins) et l'impératif politique de réélection (garder l'hôpital et même le faire croître est une victoire politique).

Cet axe 2 permettrait de générer progressivement entre 2 et 3 Mds€ d'économies par an – étant précisé que la convergence tarifaire contribuera à la réalisation des objectifs des axes 1 et 2.

✓ **Proposition 6** : mettre en œuvre dans chaque établissement un projet de performance assorti d'objectifs chiffrés (maîtrise raisonnée des achats, externalisation des fonctions support, optimisation des processus (gestion des lits, factures...), gestion optimisée du patrimoine immobilier et foncier,.....), meilleure sélectivité des projets d'investissement...).

rationalisation économique et de pénurie du temps médical sont tels qu'ils pousseront à un rattrapage du retard et à une désintermédiation du secteur ».

- ✓ **Proposition 7** : prévoir une situation de « quasi-faillite » des établissements publics conduisant à la reprise de la gestion par un autre établissement ou un groupe de cliniques, en cas de résultats très dégradés, comme en Grande-Bretagne¹⁴, en Espagne ou en Italie ; un tel système doit viser à mettre fin à la pratique des « rallonges budgétaires » accordées aux hôpitaux publics en cas de situation dégradée, qui n'est ni juste vis-à-vis des autres acteurs, ni saine en termes de gestion.

- ✓ **Proposition 8** : conforter la tarification à l'activité (T2A) qui constitue le système de financement le plus efficient et qui a été un réel progrès par rapport à la dotation globale¹⁵ - notamment pour les hôpitaux publics pour lesquels la T2A a été un véritable levier de performance ; veiller à ce que la tarification prenne mieux en compte les critères de sécurité, de qualité et de performance des établissements sur la base de critères objectifs.

- ✓ **Proposition 9** : remédier aux inégalités de traitement entre établissements publics et privés qu'elles aient un caractère fiscal ou financier. Les différences de traitement entre établissements publics et privés de santé concernent un grand nombre de domaines : missions d'intérêt général (MIG), aides à la contractualisation (AC)¹⁶, tarif journalier de prestation (TJP)¹⁷, la double échelle tarifaire entre public et privé¹⁸, la fiscalité¹⁹ mais aussi l'application sélective de la réglementation et l'accompagnement de l'investissement avec un avantage systématique donné au secteur public. Ces différences de traitement ne sont pas acceptables et doivent être remises à plat sur des bases objectives. Cette remise à plat doit conduire à réintroduire la convergence tarifaire sur les actes standard entre les deux secteurs (« à prestations identiques, tarifs identiques, quel que soit le statut juridique de l'établissement »), à attribuer de façon plus juste et plus transparente des crédits MIGAC et les aides à l'investissement et à conforter l'effet du crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE) pour les établissements privés.

- ✓ **Proposition 10** : faire de la simplification administrative dans le secteur de la santé un vecteur d'efficience sans remettre en cause la sécurité et la qualité des soins. L'inflation législative et réglementaire rend de plus en plus difficile son appropriation par les acteurs. Aujourd'hui, notre dispositif normatif est lourd en termes de contrôle par la tutelle sans être plus protecteur en termes de qualité. Cela génère surcoûts et inefficiences (tâches administratives conduisant à une perte de temps pour les équipes soignantes, manque de lisibilité et de transparence des décisions,...). Un effort de simplification permettrait de dégager les professionnels de tâches administratives souvent redondantes et de les redéployer vers leur cœur de métier, les soins.

¹⁴ - Autre exemple, à la suite de la réforme Schröder 2003 en Allemagne, les hôpitaux déficitaires ont été mis sous tutelle et restructurés, ce qui a donné lieu à une baisse du nombre d'hôpitaux publics de 15% entre 2003 et 2007 compensée par une hausse des hôpitaux privés (source : étude IREF, octobre 2013).

¹⁵ - A cet égard, le principe de la dégressivité tarifaire telle qu'introduite par le PLFSS 2014 est néfaste.

¹⁶ - En 2012, le public a obtenu 64 fois plus d'aides à la restructuration et au soutien des déficits que le privé qui dénombre pourtant 32 % de ses structures en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) en déficit.

¹⁷ - Le maintien du tarif journalier de prestation (TJP) au lieu de l'utilisation du groupe homogène de séjour (GHS) pour le ticket modérateur en MCO génère un surcoût de 981 M€ pour les établissements privés.

¹⁸ - Pour les seules activités MCO, l'écart tarifaire non justifié entre les deux secteurs a été estimé à 22 % soit un surcoût de près de 7 Mds€ au bénéfice du public (rapport cour des comptes 2011 sur la Sécurité sociale).

¹⁹ - La Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) a listé 33 différences fiscales et de charges entre public et privé, soit un surcoût pour le privé de près de 600 M€.

Axe 3 : mettre en place une véritable « médecine de parcours » pour relever le défi de la montée en charge des maladies chroniques et du vieillissement (progressivement de 2 à 4 Mds€)

La mise en place d'une « médecine de parcours » constitue une réponse juste et adaptée à la prise en charge des affections de longue durée (ALD) et à la montée en charge des maladies chroniques. Elle doit permettre de remédier au cloisonnement du système en mettant en place un véritable « continuum » de prise en charge entre ville, hôpital et médico-social articulé autour du patient. Cela suppose de mettre en place une nouvelle organisation des soins, plus structurée et mieux coordonnée. Une telle organisation suppose de pouvoir s'appuyer sur des systèmes d'information modernes et interopérables²⁰ - tel n'est pas le cas aujourd'hui, de nouvelles formes de tarification (tarification à la pathologie) et une coopération accrue entre assurance maladie obligatoire et organismes complémentaires.

Si le principe fait largement consensus, la mise en œuvre reste limitée (expérimentations PAERPA notamment). Il nous semble qu'il faut aller assez loin dans la mise en œuvre si nous voulons obtenir des résultats tangibles. Cela suppose d'identifier systématiquement les meilleures pratiques médicales et les parcours de santé tels que définis par les autorités indépendantes type Haute autorité de santé (HAS) sur la base d'études médico-économiques nationales et internationales incontestables. Cela suppose aussi une révision dynamique et efficace du panier de biens et services remboursés par l'assurance maladie. Il faudra enfin intéresser les professionnels de santé et les patients à cette nouvelle approche de qualité et d'efficacité.

Cet axe 3 est susceptible de générer progressivement entre 2 et 4 Mds€ d'économies par an.

✓ **Proposition 11** : inciter les patients à suivre les parcours de soins les plus efficaces au plan médico-économique, y compris en conditionnant le remboursement maximal par l'assurance maladie au suivi de protocoles de soins ou des recommandations de la HAS. Un tel dispositif pourrait être mis en place pour les pathologies chroniques mais aussi pour favoriser la prévention. Des exceptions pourraient être envisagées pour tenir compte de la situation de certaines catégories de population (enfants, bénéficiaires de la CMU par exemple). Bien entendu, les patients resteraient libres de s'écarter des parcours les plus efficaces au plan médico-économique mais l'assurance maladie ne prendrait pas en charge les actes et prestations hors parcours.

✓ **Proposition 12** : instaurer des gestionnaires de cas sur le modèle du « médecin coordinateur » en Grande-Bretagne (« gate keeper ») afin d'assurer la bonne coordination des professionnels de santé autour du patient. Un tel dispositif serait prioritairement mis en place pour les patients en ALD et les cas plus complexes. Le médecin coordinateur aurait notamment accès à une plateforme de services informatisée lui permettant de consulter le dossier médical du patient (DMP) et les éléments

²⁰ - La piste du numérique doit être développée pour décroquer le système de soins. L'utilisation des données médicales pour la prévention, le dépistage, la bonne orientation, la recherche médicale, etc. doit être renouvelée. La robotique doit être largement diffusée (aide aux personnes dépendantes à domicile, suivi de maladies chroniques, télémédecine, assistance chirurgicale, etc.). L'optimisation des parcours de soins ne peut que reposer sur des systèmes d'information accessibles par les médecins coordinateurs (DMP, bases de données de suivi des parcours, bases de données de disponibilité/réservation, etc.).

de suivi afférents, les protocoles et référentiels de soins ainsi que les disponibilités de l'offre de soins sur un territoire.

✓ **Proposition 13** : gérer de façon plus dynamique le régime des affections de longue durée (ALD)²¹ en leur donnant une définition de la notion d'affection longue et coûteuse, en facilitant les entrées-sorties dans le régime, en distinguant le niveau de prise en charge en fonction du stade de la maladie²² - ce qui suppose aussi d'intéresser les professionnels de santé à cette approche médico-économique²³.

✓ **Proposition 14** : faire du patient un acteur à part entière de sa santé en renforçant l'information l'orientation et l'accompagnement des assurés (actions visant à favoriser l'observance des traitements, développement de l'automédication pour les pathologies bénignes dans un cadre sécurisé²⁴ et sur les conseils du pharmacien...). Cette évolution est d'autant plus nécessaire que le traitement et les stratégies de prévention impliqueront une participation de plus en plus active du patient²⁵. A plus long terme, l'autonomie²⁶ du patient sur des actes simples pourrait être encouragée (prise de la tension artérielle, vérification du poids,...).

Axe 4 : responsabiliser davantage les acteurs du système de santé (environ 3 Mds€)

La question de la responsabilisation des acteurs du système de santé est aujourd'hui largement taboue. Elle constitue pourtant un levier indispensable de la conduite du changement tant vis-à-vis des professionnels de santé que des assurés.

En ce qui concerne les professionnels de santé, les outils et actions de maîtrise médicalisée doivent être renforcés et étendus aux prescripteurs hospitaliers – ce qui suppose l'identification des prescripteurs hospitaliers. A terme, les référentiels médico-économiques pourraient être rendus opposables.

Les patients devront également être davantage responsabilisés sur leurs pratiques ce qui passe par une meilleure information sur la sécurité et la qualité du système de soins. Il faudra aussi rendre le système de remboursement plus lisible et plus responsabilisant y compris financièrement

²¹ - Près de 10 millions de personnes sont en ALD : elles bénéficient d'une exonération du ticket modérateur et donc d'une prise en charge à 100 % pour la maladie dite « exonérante » (30 maladies auxquelles s'ajoutent des affections hors liste). Le régime est très dynamique et concentre une part croissante des dépenses d'assurance maladie (60 % aujourd'hui).

²² - Dans son rapport du 17 mai 2011 « propositions pour une réforme de l'assurance maladie », l'Académie nationale de médecine formule plusieurs recommandations pour une réforme conciliant humanisme et responsabilité

²³ - Aujourd'hui, c'est tout l'inverse qui est fait puisque les médecins sont en quelque sorte « intéressés » financièrement au placement de patients en ALD (cotation de « 2 C »)

²⁴ - cf. mesures n°30 du Conseil Stratégique des Industries de Santé (CSIS) de juillet 2013.

²⁵ - Cela renvoie à la nécessité d'anticiper les apports des thérapies géniques issues du décryptage du génome et de l'épigénétique (environnement et comportement sur l'expression de certains gènes), notamment en termes de prévention ciblée et de détection précoce. Nous trouverons là un important levier pour passer d'une prévention de masse peu efficace, à une prévention personnalisée, essentielle pour l'avenir en termes sanitaires et économiques.

²⁶ - « Santé : horizon 2020 », cabinet Jalma, 2011.

sans remettre en cause l'accessibilité aux soins essentiels²⁷. Soulignons que la généralisation du tiers payant pour les soins de ville²⁸ est un très mauvais signal.

Enfin, il convient d'inciter les organismes gestionnaires à poursuivre leurs efforts en vue de diminuer les coûts de gestion de la santé dont l'OCDE a montré qu'ils restaient élevés en France. Cela implique la poursuite des efforts de rationalisation des caisses d'assurance maladie et une implication plus forte des organismes complémentaires dans la régulation de la dépense de santé.

Cet axe 4 permettrait de générer environ 3 Mds€ d'économies par an.

✓ **Proposition 15** : renforcer les actions de maîtrise médicalisée en direction des professionnels de santé en ville et à l'hôpital²⁹ sur les prescriptions d'analyses de biologie et de radiologie³⁰, d'IJ, de séances de kinésithérapie, de produits de santé, etc. ; étendre la rémunération sur objectifs de santé publique aux prescripteurs hospitaliers, à l'instar de la ROSP mise en place dans le cadre conventionnel avec les médecins libéraux – qui pourrait être enrichie de nouveaux items (exemple : prescriptions d'IJ).

✓ **Proposition 16** : améliorer l'information des assurés sur la qualité et les tarifs des actes et des prestations et plus généralement, sur les indicateurs qualité/prix des professionnels de santé et des établissements hospitaliers et médico-sociaux. Malgré des initiatives intéressantes mais non coordonnées³¹, d'importants progrès restent à accomplir pour que les patients puissent faire un choix éclairé.

✓ **Proposition 17** : en matière de prestations en nature, instaurer un ticket modérateur d'ordre public par acte et/ou par parcours de soins, qui ne serait remboursé ni par l'assurance maladie obligatoire, ni par les organismes complémentaires ; de même, en matière de prestations en espèces, mettre en place un jour de carence d'ordre public³², qui ne serait pris en charge ni par l'assurance maladie, ni par les employeurs. De tels mécanismes ou d'autres, dans l'esprit du forfait trimestriel de 10 euros sur les consultations médicales en l'Allemagne³³, pourraient avoir un effet responsabilisant sur les premiers euros de dépense sans compromettre l'accès aux soins.

²⁷ - Les mécanismes de responsabilisation des patients tendent à disparaître : le ticket modérateur pris en charge par les complémentaires ne joue plus son rôle ; les exonérations du TM se seront multipliées (12Mds€ pour les seuls soins de ville) ; le développement du tiers payant généralisé donne une impression de « tout gratuit ».

²⁸ - Si malgré tout ce projet devait être mis en œuvre, il conviendrait de veiller à ce qu'il s'inscrive dans un schéma coopératif des systèmes d'information entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires.

²⁹ - La possibilité d'identifier le prescripteur hospitalier est à cet égard une urgente nécessité.

³⁰ - Le rapport de la Cour des comptes de juillet 2013 sur la biologie médicale dresse un constat sévère de la gestion du risque dans ce domaine et formule de nombreuses recommandations (actions à renforcer sur les prescriptions, élaboration et diffusion de référentiels,...) (Communication à la Commission des affaires sociales du Sénat).

³¹ - Les données dont disposent les patients sont encore insuffisantes en quantité et en qualité malgré plusieurs initiatives récentes qui restent à coordonner (site Ameli santé, site HAS sur les hôpitaux...).

³² - cf. Propositions pour une réforme de l'assurance maladie, Académie nationale de médecine, mai 2011.

³³ - Outre les lois Hartz, le Gouvernement allemand avait pris, dans le cadre de « l'Agenda 2010 », plusieurs mesures dans le domaine de la santé : un forfait trimestriel de 10 euros lors des consultations médicales est à la charge de patients, les remboursements sont recentrés sur les pathologies lourdes, les soins dentaires sont

✓ **Proposition 18** : diminuer les coûts de gestion du système de santé en poursuivant les efforts de rationalisation des caisses d'assurance maladie dans le cadre de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion (COG) Etat-CNAMTS 2014-2017. Cela passe notamment par l'accélération de la modernisation des systèmes d'information et de la dématérialisation des échanges, la poursuite de la réorganisation du réseau des CPAM quand cela s'avère pertinent et l'instillation d'une saine émulation entre caisses pour réduire les écarts de productivité³⁴. Ces efforts permettront de continuer à diminuer les effectifs de la branche maladie au fur et à mesure des départs en retraite sans remettre en cause la qualité du service aux assurés et la réalisation de missions essentielles telles que la gestion du risque et la lutte contre la fraude par exemple.

✓ **Proposition 19** : faire participer les organismes complémentaires à la maîtrise des dépenses de santé et l'accès aux soins et au respect des bonnes pratiques dans le cadre d'un échange sur les missions qui leur sont confiées en matière de gestion du risque (accès aux données, actions coordonnées, échanges d'informations entre financeurs, développement des réseaux de soins) ; favoriser la contractualisation entre les organismes complémentaires et les offreurs de soins après concertation avec les professionnels et développer les réseaux de soins après concertation avec les acteurs concernés.

Axe 5 : clarifier la gouvernance du système de santé et renforcer les règles de pilotage et de suivi des dépenses d'assurance maladie (entre 1 et 2 Mds€)

Ces réformes structurelles devront être conduites dans le cadre d'un pilotage stratégique affermi, d'une gouvernance clarifiée et d'un suivi des dépenses renforcé et rénové.

En matière de gouvernance, le pilotage stratégique, qui relève par définition de l'Etat n'est pas suffisamment affirmé, et n'est pas suffisamment distinct de la mise en œuvre opérationnelle. Le partage des rôles (exemple : gestion du risque partagé entre Etat et assurance maladie) voire la confusion des rôles (l'Etat, gestionnaire et régulateur à l'hôpital) apparaissent comme des freins majeurs à la conduite du changement qu'il convient de lever en urgence. C'est un nouveau rôle qu'il faut inventer pour l'Etat, plus stratégique et moins opérationnel.

S'agissant du pilotage et du suivi des dépenses d'assurance maladie, force est de constater, malgré d'indéniables améliorations (LFSS, Ondam, Comité d'alerte, mesures Briet,...), que les instruments mis en place n'ont pas permis un retour à l'équilibre et qu'ils n'ont pas non plus été un levier de modernisation du système de soins. La LFSS, en tant qu'outil de régulation, n'est plus adaptée dans sa forme actuelle et peut même s'avérer contre-productive : elle conduit peu ou prou à « rechercher » chaque année 2,5 Mds€ pour « boucler » le budget de branche maladie privilégiant *de facto* les « mesures de poche » à « rendement immédiat » plutôt que les réformes structurelles.

Les mesures ci-dessous sont susceptibles de générer entre 1 et 2 Mds€ d'économies par an.

sortis des domaines pris en charge. Les retraités sont mis à contribution pour l'assurance-maladie. La situation des comptes sociaux a permis, depuis le 1^{er} janvier 2013, de revenir sur le forfait de 10 euros.

³⁴ - cf. orientations MEDEF COG CNAMTS-Etat 2014-2017.

✓ **Proposition 20 : clarifier la gouvernance du système de santé en distinguant le pilotage stratégique de la mise en œuvre opérationnelle :**

- Renforcer le pilotage national et régional, par la mise en place d'une autorité nationale chargée du pilotage des ARS et par une responsabilisation accrue des Directeurs généraux d'agences régionales de santé (ARS) en termes de résultats obtenus sur des objectifs prioritaires (exemple : développement la chirurgie ambulatoire).
- Conforter le métier de gestion du risque de l'assurance maladie qui doit pouvoir conduire des actions sur l'ensemble des segments de dépenses, tant sur les soins de ville que sur l'hôpital et le médico-social...), en coordination avec l'Etat et les organismes complémentaires.
- Veiller à ce que l'Etat cesse d'être à la fois régulateur à l'hôpital et gestionnaire des établissements de santé publics en donnant une véritable autonomie de gestion aux établissements et en favorisant la contractualisation entre l'assurance maladie et les fédérations hospitalières - à l'instar de ce qui existe pour la médecine de ville.

✓ **Proposition 21 : renforcer le pilotage et le suivi des dépenses d'assurance maladie :**

- instaurer une règle de fixation de l'Ondam en fonction de l'évolution du PIB³⁵ ; renforcer le rôle du Comité d'alerte de l'assurance maladie qui devrait se prononcer, séparément, sur les sous-enveloppes de l'Ondam - afin que les économies engendrées en ville ne soient pas automatiquement absorbées par les dépenses hospitalières ;
- engager une réflexion sur la construction d'une loi pluriannuelle de financement de la Sécurité sociale à l'issue d'une concertation préalable avec les parties prenantes³⁶.

✓ **Proposition 22 : procéder à une analyse méthodique des dépenses d'assurance maladie afin de distinguer celles qui relèvent effectivement de son périmètre et donc de son financement** de celles qui devraient relever d'autres financements. Ainsi, par exemple, au titre de l'activité hospitalière, est-il bien normal que les charges de formation des infirmiers et des médecins, ou encore l'investissement immobilier et l'entretien des logements de fonction dans le secteur public soient financés par l'assurance maladie obligatoire ? De même, est-il normal que l'assurance maladie participe de façon croissante au financement d'agences et de fonds divers et variés qui ne relèvent pas de ses missions³⁷ ? La réponse est non. La position de principe voudrait que tout ce qui n'est pas directement rattachable à l'activité de soins produits ne relève pas de l'assurance maladie mais d'autres financements (Etat, conseil régional, etc.). Ces mesures, qui portent sur près de 6 Mds€ de dépenses, permettraient une clarification des financements et des rôles et seraient *de facto* une incitation à une gestion optimisée pour les acteurs concernés.

³⁵- Pendant la période 2014-2017, l'évolution de l'Ondam pourrait être ramenée sous les 2 %.

³⁶- Cette proposition rejoint celle formulée par le rapport Igas-IGF de juin 2012 (cf. p.65) en y associant toutefois les parties prenantes.

³⁷- Les dotations de la CNAMTS à des fonds et agences ont augmenté de 13,4 % sur les cinq derniers exercices atteignant pratiquement 1 Md€ (876,82 M€ en 2010 contre 773,5 M€ en 2006). Or certains ne relèvent pas du périmètre de l'assurance maladie et sont clairement des démembrements de services de l'Etat (exemples : ATIH, CNG...).

Le progrès technique : facteur d'efficience, levier de l'économie de la santé du futur

Le secteur de la santé connaîtra dans les années à venir une **véritable « révolution » liée aux développements des innovations technologiques (notamment du numérique), médicales, thérapeutiques** (biotechnologies, génomique, imagerie, nanotechnologies, thérapies cellulaires ou géniques) qui vont remodeler en profondeur l'offre de soins (optimisation de l'hôpital, développement de l'HAD, télémédecine voire opérations chirurgicales à distance....). Ces innovations suscitent d'immenses et légitimes espoirs des patients.

Ces innovations doivent être encouragées puis massivement diffusées dès lors que leur rapport coût-efficacité est avéré. Dans ce contexte, il convient de **préserver un environnement favorable à l'innovation** développée par les industries et entreprises de la santé et des Sciences du vivant (application raisonnée du « principe de précaution », reconnaissance financière de l'innovation, cadre juridique et fiscal lisible et stable, diminution des textes législatifs et réglementaires...). Il faudra aussi **engager une véritable « réingénierie » du système de santé**, c'est-à-dire la promotion d'une « vision d'ingénieur » s'appuyant sur l'économie de la santé du futur, domaine dans lequel la France dispose des atouts pour le développement d'une offre d'excellence (médecine personnalisée et régénératrice, immuno-vaccins, hôpital numérique, industrialisation de la télémédecine...).

L'un des enjeux majeurs pour les années à venir sera de faire en sorte que ce progrès technique se traduise par une meilleure efficience globale du système et non par de nouveaux coûts pour la collectivité que celle-ci ne pourrait pas supporter. Dès lors, il importe de mettre le système de soins en capacité de s'adapter rapidement à ces évolutions et de restituer ces gains de productivité. Cela suppose de **construire une vision globale de l'évolution du système de santé** qui intègre les problématiques de régulation de la dépense mais aussi d'innovation³⁸.

³⁸ - Nous notons avec satisfaction que le HCAAM a inscrit à son programme de travail 2014 le thème suivant : « *Introduction et diffusion du progrès médical dans le système de santé : impact organisationnel et économique* ».

Partie II - A moyen-long terme, définir une architecture-cible de financement favorisant l'efficacité du système et compatible avec la compétitivité

Les réformes structurelles telles que prévues au I de ce document n'auraient qu'un effet limité dans l'espace et dans le temps si elles n'étaient pas accompagnées d'une réforme du financement du système de santé. Or aujourd'hui, ce sujet est largement tabou comme si la totalité de la dépense de santé devait être solvabilisée par la solidarité nationale au nom de l'accès aux soins érigé en dogme. Ce présupposé mérite pourtant d'être réinterrogé au regard de plusieurs constats :

Le niveau très élevé de prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale : la France figure parmi les pays de l'OCDE qui consacrent une part importante de leur richesse aux dépenses de santé et à leur prise en charge publique : 11,6 % du PIB, soit 230,6 Mds€ en 2011, derrière les Etats-Unis (17,7 %) et les Pays-Bas (11,9%) mais devant l'Allemagne (11,3%). Plus des ¾ des dépenses de santé font l'objet d'une prise en charge publique (Sécurité sociale et Etat) contre 72 % en moyenne dans l'OCDE. Le reste à charge des patients³⁹ est l'un des plus bas au monde (8 % des dépenses contre 20 % dans l'OCDE). Rappelons que la France devrait consacrer environ 33 % du PIB aux dépenses de protection sociale en 2013, un niveau-record dans l'OCDE.

La nécessité d'engager un redressement des comptes publics et sociaux : or ce très haut niveau de protection sociale est financé à crédit ou, plus exactement, par un report inacceptable sur les générations futures. La branche maladie de la Sécurité sociale est déficitaire depuis 1988. En 2013, elle sera à l'origine de la moitié du déficit du régime général (-7,9 Mds€). Près de 133 Mds€ de dettes transférées à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) restent à amortir fin 2013.

Les impératifs de compétitivité, qui conditionnent l'activité économique et donc la pérennité des régimes de protection sociale doivent être mieux pris en compte. Or les entreprises sont encore parmi les premiers contributeurs au financement de la dépense totale de santé (DTS). Elles participent au financement de la couverture maladie obligatoire de leurs salariés à hauteur de 77 Mds€ par an⁴⁰. Elles participent aussi au financement de la couverture complémentaire santé de leurs salariés. Avec la loi du 14 juin 2013 qui transpose l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013, les entreprises vont mettre en place d'ici le 1^{er} janvier 2016 une couverture complémentaire minimale pour leurs salariés dont le coût total atteindra alors entre 15 et 18 Mds€ par an.

Par ailleurs, les projections récentes⁴¹ réalisées par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) confirment que les dépenses de santé vont continuer à croître de façon plus rapide que la richesse nationale : les dépenses totales de santé (remboursées ou non) augmenteraient de l'ordre de 3 points de PIB d'ici 2060. La croissance tendancielle des dépenses de santé (progrès

³⁹ - après intervention des assurances maladie obligatoire et complémentaires.

⁴⁰ - L'assurance maladie obligatoire (185 Mds€ dans le champ de l'Ondam) est financée à 43 % par des cotisations sociales, essentiellement patronales. Une récente étude d'IREF de novembre 2013 souligne que les cotisations patronales et salariales sont deux fois plus élevées en France qu'aux Pays-Bas. Les employeurs français font face à un surcoût de 70 % en matière de santé que leurs homologues allemands et néerlandais. Rappel : taux de cotisations sociales « maladie » au 1^{er} janvier 2013 : 12,8 % dé plafonnés sur les salaires à la charge des employeurs, 0,75 % à la charge des salariés.

⁴¹ - cf. avis du HCAAM du 22 octobre 2013 sur les projections à horizon 2060. Contribution aux travaux réalisés dans le cadre de la mission confiée au Haut conseil du financement de la protection sociale –HCFPS) sur la réforme du financement de la protection.

technique, vieillissement) est proche de 4% par an. Elle sera ramenée après mesures correctrices à 2,4 % en 2014 dans le cadre de l'Ondam, soit un niveau toujours supérieur au PIB.

Le système n'étant pas soutenable dans la durée, la question du financement des dépenses de santé actuelles et futures ne peut être éludée. Elle doit conduire à ouvrir une réflexion d'ensemble sur le partage entre ce qui relève de la solidarité nationale qui devrait être financé très majoritairement par l'impôt ou la CSG⁴², de la mutualisation avec éventuellement l'implication des entreprises et de la responsabilité individuelle. La question de la responsabilité individuelle ne doit pas être taboue en particulier dans un pays où, nous l'avons rappelé, le reste à charge est le plus bas au monde⁴³.

Ce débat devrait conduire à définir une architecture-cible de financement. De façon schématique, trois principaux modèles se dégagent :

- **le « modèle étatique »**, présenté dans le schéma 1, incompatible avec les objectifs de redressement des comptes publics et sociaux et l'amélioration de la compétitivité des entreprises - et que nous refusons. Il se traduit par un renforcement du régime obligatoire entre 5 et 10 Mds€.
- **le « modèle concurrentiel »**, présenté dans le schéma 2, qui ne fait pas l'objet d'un réel débat en France mais qui présente pourtant d'importants avantages comme en témoignent les systèmes allemand et néerlandais (mise en concurrence, droit d'option...). Il se traduit par une diminution du régime obligatoire de -25 Mds€.
- **le « modèle réaliste »**, présenté dans le schéma 3 et que nous privilégions : il permet, dans le cadre de notre système « à la française », de maintenir un haut niveau de prise en charge tout en allégeant les charges pesant sur les entreprises, de laisser un espace de liberté aux assurés et d'améliorer l'efficacité globale du système. Il se traduit par un transfert de 10 Mds€ du régime obligatoire vers les dispositifs de mutualisation dans le cadre assurantiel privé et la responsabilité individuelle.

Nous décrivons, ci-dessous, de façon schématique, ces trois « modèles » qui ne sont pas des modèles théoriques mais bien des schémas-cibles possibles, lourds d'enjeux, qui appellent un vrai débat public.

Bien entendu, les mesures d'efficacité proposées dans la partie I du présent document doivent s'ajouter aux mesures de transfert sur la responsabilité individuelle ou collective proposées dans cette partie II.

Si l'on combine, comme il conviendrait de le faire, les parties I et II, la diminution des dépenses de l'assurance maladie obligatoire atteint 40 à 45 Mds€ avec le « modèle concurrentiel » et 25 à 30 Mds€ dans le « modèle réaliste » que nous privilégions.

⁴² - selon que l'on décide ou non de conserver un financement spécifique pour la Sécurité sociale.

⁴³ - Comme le souligne l'étude de l'IREF d'octobre 2013, « l'image de « gratuité » des soins en France masque en réalité un coût plus élevé qu'ailleurs » (cf. « Réformer et améliorer le système de santé grâce au privé et à la concurrence. La France face aux exemples allemands, suisses et néerlandais ».)

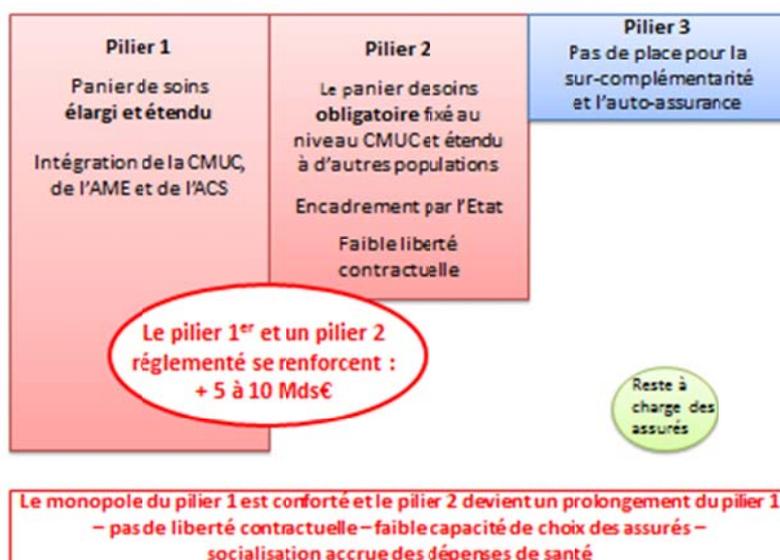
Schéma 1 : « modèle étatique »

Il existe un premier modèle, le « modèle étatique », présenté dans le schéma 1 ci-dessous.

Dans ce « modèle étatique », le pilier 1 est renforcé, le pilier 2, obligatoire et très encadré par l'Etat, devient un prolongement du pilier 1 dans une logique de solidarité. Les dépenses socialisées augmentent, les éléments de solidarité du système sont encore renforcés au détriment de la liberté de choix des assurés et de l'efficacité globale du système. Il n'y a pas d'espace pour une couverture assurantielle privée en fonction des besoins.

Force est de constater que plusieurs décisions récentes concourent à la réalisation, étape par étape, de ce modèle, ouvertement souhaité par certains, et ce sans aucun débat public. Nous dénonçons ces évolutions rampantes de notre système et demandons l'ouverture d'un débat clair et transparent qui permettra aux Français de connaître la cible et d'en mesurer ses conséquences.

Schéma 1 : « modèle étatique »



Le pilier 1 est renforcé :

- Le panier de soins et de services⁴⁴ couvert par la solidarité nationale est élargi. Les dernières conditions d'affiliation sont assouplies pour les prestations en nature et en espèces. Le tiers-payant est généralisé pour les soins de ville pour tous les assurés.
- Les délégations de gestion (fonctionnaires, étudiants) sont reprises par l'assurance maladie. Les dispositifs de solidarité spécifiques (CMUC, ACS, AME) sont repris, en financement et en gestion, par l'assurance maladie obligatoire.
- A terme, la cotisation devient progressive et le montant des prestations varie en fonction des revenus (« bouclier sanitaire »). Il remet en cause la logique de l'assurance maladie qui est

⁴⁴ - On évoque ici de façon générique et par commodité le « panier de soins ». Il conviendra toutefois de conduire un travail approfondi pour préciser ce que l'on entend par « panier de soins » essentiel au plan médical et social, en définissant son contenu et en mettant en place des règles plus transparentes de répartition.

d'abord d'organiser la solidarité entre les bien-portants et les malades en accentuant la redistribution des plus aisés vers les plus modestes.

Le pilier 2, largement obligatoire et très réglementé, devient un prolongement du pilier 1 :

- Une partie de ce pilier 2 est rendue obligatoire pour les salariés du secteur privé (ANI de janvier 2013) mais aussi les fonctionnaires, les étudiants, les travailleurs indépendants. Cette couverture obligatoire couvre un panier de soins large, supérieur à celui du panier CMUC.
- Le pilier 2 est fortement encadré par l'Etat (renforcement du contenu des contrats dits « solidaires et responsables », alourdissement de la fiscalité pour les contrats non responsables...).
- Les éléments de solidarité des couvertures et des régimes professionnels mis en place sont renforcés (renforcement des droits non contributifs, montant des cotisations ou primes proportionnel aux revenus, renforcement du Fonds CMU,...).
- La couverture du pilier 2 s'uniformise et se standardise. Les opérateurs ne sont pas incités à s'impliquer dans la maîtrise de la dépense et à innover (pas d'accès aux données médicalisées, pas de contractualisation avec les professionnels de santé, pas de gestion du risque...).
- A terme, le pilier 2 devient une sorte « d'Agirc-Arrco de la santé » sans toutefois être intégré dans le périmètre de Maastricht. La logique assurantielle de cette couverture s'atténue fortement, elle devient un prolongement du pilier 1 et répond à une logique de solidarité.

Dans ce modèle, il n'y a **pas de place pour un pilier 3**, réglementairement et fiscalement découragé. Le reste à charge des patients (après intervention des piliers 1 et 2), déjà très faible, (< 8 % constatés aujourd'hui) diminue.

Ce « modèle étatique » renforce les éléments de solidarité d'un système déjà très solidaire en faisant des assurances maladie complémentaires un prolongement du pilier 1. En encadrant l'activité des organismes complémentaires, l'Etat étend son périmètre d'intervention sans toutefois en assumer pleinement la responsabilité : il fait financer par d'autres (en l'occurrence notamment les entreprises et les salariés) la prise en charge de nouvelles couvertures (optique, dentaire, dépassements d'honoraires...) – avec l'avantage de ne pas être comptabilisé dans le périmètre de Maastricht. Ce système administratif, étatique et très réglementé, réduit considérablement les capacités d'innovation. Il limite la liberté de choix des assurés en fonction de leurs besoins et réduit la concurrence entre les acteurs, comme levier de qualité et de maîtrise des coûts.

Ce modèle cumule les inconvénients avec une « étatisation » de la couverture complémentaire qui s'ajoute à la couverture large assurée par la solidarité nationale. Une telle évolution présente plusieurs risques :

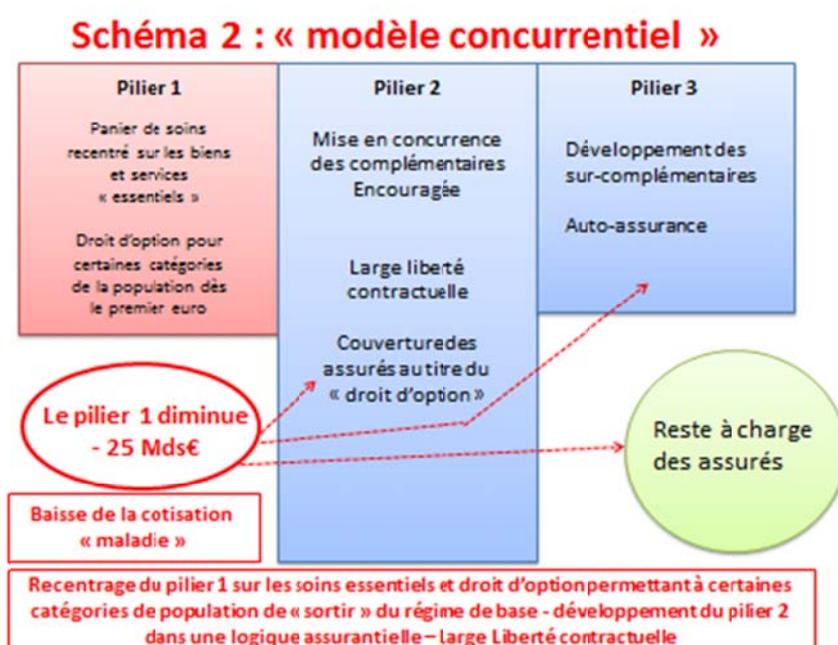
- *Elle pose un problème évident de soutenabilité financière et donc de conciliation avec des objectifs nationaux et des engagements européens en matière de compétitivité et de redressement des comptes publics et sociaux. Il est déresponsabilisant pour les acteurs et donc inflationniste sur la dépense de santé.*
- *Elle soulève la question essentielle du consentement au financement des jeunes générations et de l'acceptabilité de ce financement. Il nous semble que ce dernier risque qui touche au fondement même de la cohésion sociale ne doit pas être négligé ou sous-estimé. Il porte en germe la remise en cause en profondeur de notre modèle social⁴⁵ – ce que nous ne souhaitons pas.*

⁴⁵ - A titre d'exemple, on peut citer l'idée qui revient régulièrement de « bouclier sanitaire » et qui pourrait conduire à remettre en cause le principe selon lequel « je cotise selon mes moyens, je reçois selon mes besoins ». On peut également

Schéma 2 : « modèle concurrentiel »

Il existe un second modèle, le « modèle concurrentiel », présenté dans le schéma 2 ci-dessous.

Dans ce « modèle concurrentiel », le pilier 1 est fortement réduit pour couvrir un panier de biens « essentiels » dans une logique « filet de sécurité ». Certaines catégories d'assurés peuvent choisir de « sortir » complètement du système public, comme en Allemagne. Les piliers 2 et 3 prennent une part accrue au financement des dépenses de santé, en complément du pilier 1 ou au premier euro sur certains segments de dépenses, dans une logique assurantielle privée. La mise en concurrence des organismes assureurs, encouragée dans l'esprit du modèle néerlandais, permet de réduire les coûts de gestion de la santé sans remettre en cause la qualité des soins.



Le pilier 1 est fortement réduit :

- Le pilier 1 est recentré sur la prise en charge d'un panier de biens et services « essentiels » sur la base de critères médico-économiques qui font l'objet d'une révision régulière et dynamique. Il intègre une couverture de type « filet de sécurité » pour les personnes les plus démunies.
- Des mécanismes de responsabilisation des assurés sont mis en place avec plusieurs possibilités (exemples : la « franchise à la base » qui conduit à responsabiliser les assurés sur les premiers euros de dépenses, la généralisation du co-paiement y compris pour les ALD, l'obligation de suivre les parcours de soins les plus efficaces pour bénéficier du remboursement intégral...).

citer le rappel fait par la Direction de la Sécurité sociale, le 30 octobre dernier, sur l'obligation d'affiliation et de cotisation aux caisses de sécurité sociale à la suite d'une rumeur persistante sur la fin supposée du monopole de la sécurité sociale.

- Comme en Allemagne, certaines catégories de la population (exemple : les personnes disposant d'un revenu mensuel supérieur à 4000€) peuvent faire le choix de ne pas s'affilier au régime obligatoire public (droit d'option) et de s'assurer auprès d'organismes d'assurance privée – ce qui se traduit par un développement des piliers 2 et 3.

Le pilier 2, collectif ou individuel, obligatoire ou facultatif, s'inscrit dans une logique assurantielle :

- Le pilier 2 est faiblement réglementé par les pouvoirs publics et relève de la liberté contractuelle.
- La concurrence entre les organismes assureurs privés est encouragée afin de permettre l'émergence d'un marché moins atomisé qu'aujourd'hui offrant le meilleur rapport qualité-coût.
- Les réseaux de soins se développent ainsi que la contractualisation directe entre organismes assureurs et offreurs de soins publics et privés.
- Les entreprises peuvent s'impliquer dans le financement de la couverture complémentaire santé de leurs salariés mais ne se voient pas imposer des obligations ou des interdictions que ce soit en termes de prise en charge, de financement minimal ou encore du champ des bénéficiaires.

Le pilier 3 se développe, en cohérence avec la définition d'un panier « essentiel » et sa révision mais aussi la participation accrue du pilier 2 à la régulation de la dépense. Certaines dépenses relevant du bien-être sont prises en charge dans le cadre de ce pilier 3 de responsabilisation individuelle qui recouvre à la fois les sur-complémentaires ou de l'auto-assurance.

Ce « modèle concurrentiel » présente de nombreux avantages que ce soit en termes de régulation de la dépense, de liberté de choix et de responsabilisation accrue des assurés, ainsi que de l'ensemble des acteurs de santé, ou encore de promotion de l'innovation (contractualisation avec les offreurs de soins, critères médico-économiques favorisant le meilleur rapport qualité-coût pour la collectivité,...). Certains craignent que le renforcement de la concurrence et le désengagement, relatif, du secteur public ne se traduisent par une baisse de la qualité des soins et des inégalités d'accès aux soins. Cette critique ne paraît pas fondée comme en témoignent les bons résultats sanitaires des Pays-Bas et de l'Allemagne. Mais, il est vrai que l'évolution vers un tel modèle en France supposerait d'engager une transformation en profondeur du système actuel – transformation à laquelle les acteurs publics et privés ne paraissent pas à ce stade suffisamment préparés.

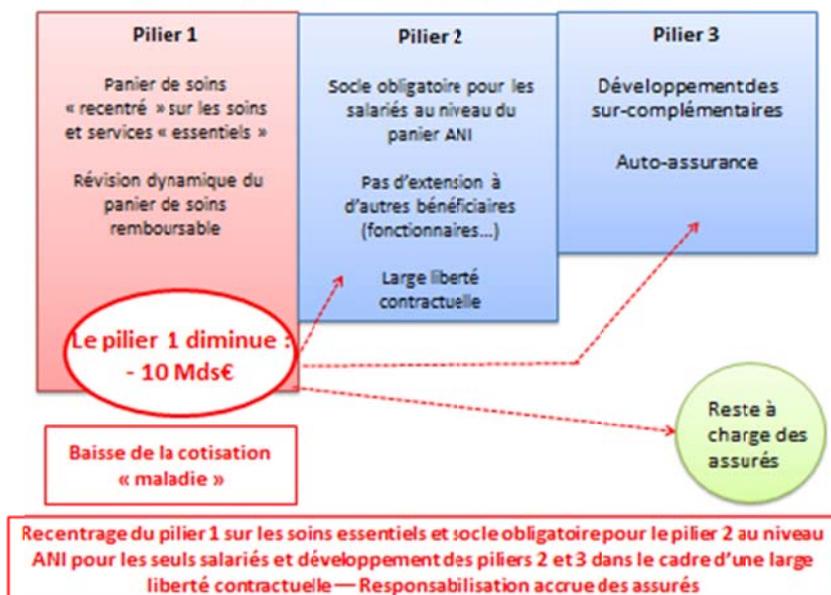
Schéma 3 : « modèle réaliste »

Enfin, il existe, entre le « modèle étatique » et le « modèle concurrentiel », un troisième modèle, le « modèle réaliste », décrit dans le schéma 3, que nous recommandons dans un premier temps : il propose une cible ambitieuse et pragmatique tenant compte des spécificités du système français.

Dans ce « modèle réaliste », le pilier 1 est réduit par un transfert vers les piliers 2 et 3 dans un cadre assurantiel privé mais aussi vers la responsabilité individuelle. Le pilier 2 comporte, pour les seuls salariés du secteur privé, un socle obligatoire au niveau du minimum ANI. Il laisse toute sa place à la liberté contractuelle et s'inscrit dans une logique de mutualisation des risques de type assurantiel. Le développement d'un pilier 3 financé par les assurés est encouragé par les pouvoirs publics. Un cadre coopératif de gestion du risque piliers 1 et 2 est mis en place. L'accent est mis sur l'efficacité de la dépense dans une approche médico-économique.

Un tel modèle permet de concilier les impératifs de redressement des comptes publics et sociaux et l'amélioration de la compétitivité des entreprises, un bon niveau de protection par la solidarité nationale, tout en préservant la liberté de choix des acteurs. Il prend tout son sens s'il est combiné avec le programme de réformes structurelles. Il comprend un transfert de 10 Mds€ auquel s'ajoutent entre 15 et 20 Mds€ de mesures d'efficacité proposées en partie I du présent document. Soit au total une diminution des dépenses d'assurance maladie obligatoire de l'ordre de 25 à 30 Mds€. Cette proposition doit conduire à une baisse des cotisations « maladie ».

Schéma 3 : « modèle réaliste »



Le pilier 1 est réduit :

- Le niveau des dépenses au titre de la solidarité nationale est diminué progressivement par un effort soutenu et constant d'efficacité justement réparti entre l'ensemble des acteurs de santé (cf. partie I du présent document) et par le transfert de la prise en charge d'une partie des dépenses soit dans le pilier 2, soit dans le pilier 3 ou le reste à charge des ménages. Ces transferts devront correspondre à une logique d'efficacité collective renforcée (exemples : optique, dentaire, cures thermales, audioprothèses...).
- Le panier de biens et services relevant de la solidarité nationale est révisé de façon permanente et dynamique au regard du rapport coût-bénéfice pour les patients dans le cadre d'une approche médico-économique.
- La gouvernance est clarifiée afin de renforcer le pilotage stratégique du système et de remédier à la confusion actuelle des rôles : l'Etat assure le pilotage stratégique mais cesse d'être à la fois gestionnaire des établissements de santé et régulateur des tarifs ; l'assurance maladie assure la gestion du risque tant sur les dépenses de ville qu'hospitalières ;
- Le principe fondateur de l'assurance maladie obligatoire selon lequel « je cotise selon mes moyens, je reçois selon mes besoins » n'est pas remis en cause.

Le pilier 2, qui comporte un socle minimum obligatoire, s'inscrit dans une logique assurantielle :

- Le pilier 2 continue de relever d'une logique assurantielle de mutualisation des risques. Il est peu réglementé et relève, pour l'essentiel, de la liberté contractuelle. Le contenu des contrats dits « solidaires et responsables » reste un cadre souple. Les cotisations ou primes sont fixées majoritairement de façon forfaitaire en fonction du risque. Les dispositifs de solidarité CMUC-ACS sont conservés pour les plus modestes.
- Le pilier 2 comporte un socle obligatoire pour les salariés du secteur privé conformément à l'ANI de 2013. Ce socle obligatoire couvre un panier de soins minimum défini au niveau du panier ANI. Au-delà, les acteurs peuvent, dans le cadre d'une réelle liberté contractuelle, prévoir une couverture plus étendue (panier, bénéficiaires, services...).
- Les organismes assureurs deviennent des acteurs de la gestion du risque à part entière. Ils mettent en place des actions de gestion du risque coordonnées avec le pilier 1, en particulier sur les segments de dépenses qui leur sont transférés. Ils généralisent les plateformes de services et les réseaux de soins après concertation avec les offreurs de soins (professionnels de santé, établissements) et participent à la coordination des soins.

Le développement d'un pilier 3 est encouragé par les pouvoirs publics.

Le MEDEF préconise la définition d'une architecture de financement du système de santé correspondant au « modèle réaliste » décrit dans le schéma 3 de la partie II du présent document. La mise en œuvre de ce modèle, combinée avec les mesures d'efficience prévues en partie I du document, se traduirait par une diminution des dépenses d'assurance maladie obligatoire de l'ordre de 25 à 30 Mds€ d'ici 2017 sans diminution de la qualité, de la sécurité et de l'accès aux soins. Ces propositions – organisation-cible du système de soins et architecture-cible de financement - permettent de concilier un haut niveau de protection sociale et la prise en compte des impératifs de compétitivité des entreprises. A l'opposé, le schéma 1 qui serait un pas de plus vers l'étatisation du système de santé et le renforcement de la solidarité, dont le niveau est déjà particulièrement élevé, au détriment de la liberté de choix, aurait des conséquences néfastes sur l'économie, sur notre capacité à innover et *in fine* sur la qualité des soins.

SYNTHESE DE LA CONTRIBUTION MEDEF

Partie I - engager les réformes structurelles pour une organisation-cible du système de soins favorisant l'efficacité et l'innovation

Mettre en œuvre, sur la période 2014-2017, un **programme pluriannuel de réformes structurelles** permettant une adaptation du système de soins aux nouveaux enjeux (maladies chroniques, vieillissement, progrès technique et médical...). Ce programme permettrait de réaliser **un effort d'efficacité de l'ordre de 15 à 20 Mds€** sans diminuer la sécurité, la qualité et l'accès aux soins.

Principes d'action :

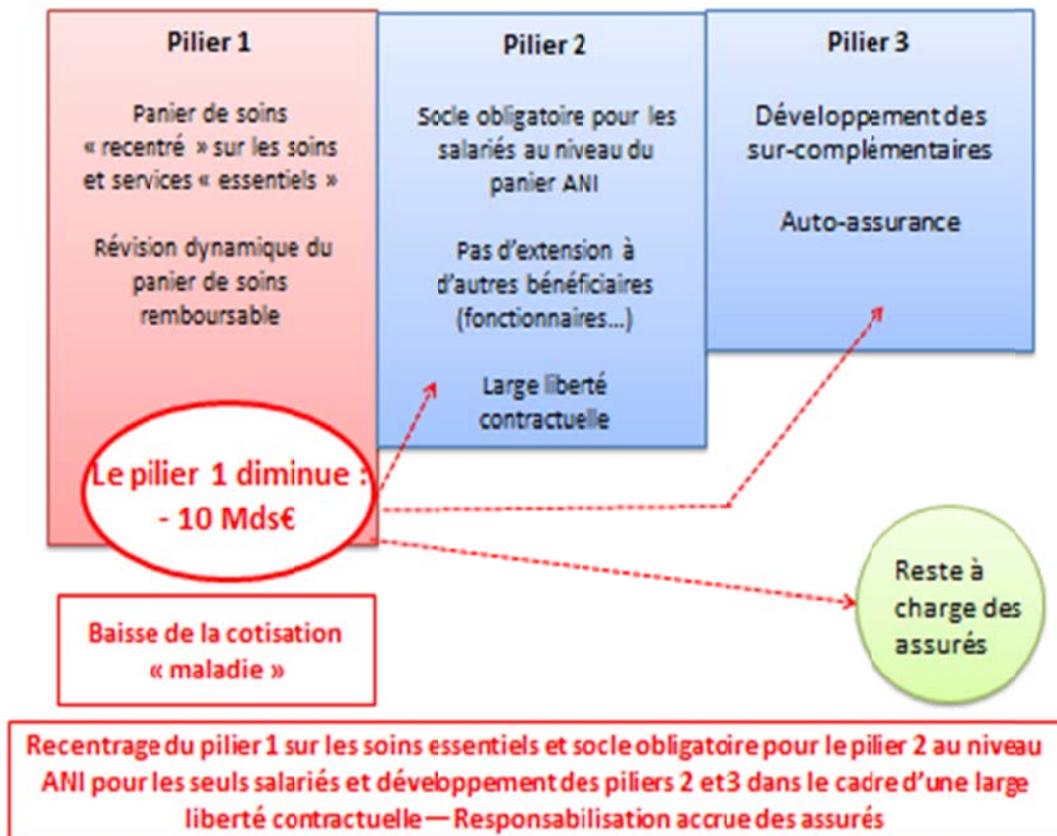
- Efficacité et innovation
- Équité de traitement entre les acteurs publics et privés et transparence
- Liberté et responsabilité des acteurs de la santé

5 axes prioritaires déclinés en 22 propositions :

- Réorganiser l'offre de soins de soins** par un rééquilibrage ville –hôpital (*7 à 8 Mds€ par an*)
- Rendre la gestion des établissements de santé plus efficace** par plus d'équité entre public – privé et de transparence (*2 à 3 Mds€ par an*)
- Mettre en place une véritable « médecine de parcours »** pour relever le défi de la montée en charge des maladies chroniques et du vieillissement (*2 à 4 Mds€ par an*)
- Responsabiliser davantage l'ensemble des acteurs du système de santé :** professionnels de santé, patients, organismes gestionnaires (*environ 3 Mds€ par an*)
- Clarifier la gouvernance et renforcer les règles de pilotage et de suivi** des dépenses d'assurance maladie (*1 à 2 Mds€ par an*)

Partie II - définir une architecture-cible de financement préservant un bon niveau de couverture mais compatible avec la compétitivité

Schéma 3 : « modèle réaliste »



➔ Soit, au total, une diminution des dépenses de l'assurance maladie obligatoire entre **25 et 30 Mds€ à horizon 2017** sans diminution de la qualité, de la sécurité et de l'accès aux soins