
L'ASSURANCE MALADIE

Quels sont les objectifs de la politique ?

L'assurance maladie est un des piliers de notre protection sociale. Ses objectifs sont les suivants :

- Garantir l'accès à tous à des soins de qualité ;
- Mutualiser le risque en matière de santé ;
- Veiller à la qualité et à l'adéquation des soins prodigués par rapport aux besoins.

Ces objectifs sont fondamentaux.

Pourquoi changer ?

L'assurance maladie est en déficit depuis plus de vingt ans. Nous nous endettons chaque année davantage pour payer nos dépenses de santé et que nous reportons cette charge sur les générations jeunes et futures. Une telle situation n'est ni financièrement soutenable, ni politiquement acceptable.

L'assurance maladie représente 180 milliards d'euros de dépenses chaque année. Sur une telle somme, les possibilités de gains d'efficacité sont nombreuses.

L'organisation de l'hôpital doit être améliorée, tant du point de vue de la qualité des soins, que de leur coût. Son mode de fonctionnement, marqué par des rigidités, ne permet pas non plus la meilleure valorisation des ressources humaines.

En ce qui concerne la médecine de ville, la question de l'égalité de l'accès aux soins est mise en avant par nos concitoyens. Dans certaines zones, les Français ont de plus en plus de mal à trouver un praticien, en particulier un praticien conventionné au tarif de la sécurité sociale. La question des dépassements tarifaires de certains professionnels doit aussi être posée, dans l'intérêt des patients, en ville comme dans les établissements de santé. Enfin, il faut encore progresser sur les outils de régulation et de maîtrise médicalisée de la dépense.

Sur le plan de la prise en charge, on observe une inadaptation croissante du système actuel de couverture des affections de longue durée, principale source de dynamique de la dépense, du fait d'une confusion entre un mécanisme d'exonération de ticket modérateur et un mécanisme de protocolisation des parcours de soins.

Globalement, il convient de mieux différencier ce qui relève de la solidarité et ce qui relève de la responsabilité individuelle dans le financement de la santé. C'est en effet la condition pour préserver les objectifs de l'assurance maladie contre la dérive financière.

Enfin, il est nécessaire de veiller à ce que la fraude et les abus soient combattus. Continuer à gaspiller des ressources alors que les dépenses excèdent les recettes n'est pas acceptable.



Quelles sont les orientations de la réforme ?

La première orientation consiste à moderniser le fonctionnement de l'hôpital. Celui-ci doit à la fois progresser en matière de sécurité et de coût. Cela suppose une réflexion sur sa gouvernance, sur les modalités de gestion des ressources humaines, sur la structuration de l'offre de lits. La mission confiée à M. Gérard Larcher sur les missions et valeurs de l'hôpital public alimentera cette réflexion.

La deuxième orientation consiste à garantir l'accès aux soins. L'offre de soins en ville doit être mieux répartie sur le territoire et mieux articulée avec celle des établissements de santé. Les états généraux de l'organisation de la santé permettront de trouver des solutions sur ce point, en concertation avec les professionnels de santé. Ils seront suivis de négociations conventionnelles.

Ces deux premières orientations trouveront leur prolongement opérationnel dans la déclinaison territoriale des politiques de santé avec la création des agences régionales de santé.

La troisième orientation concerne le traitement et la prise en charge des affections de longue durée (ALD). Ce type de soins absorbe 40% de l'ensemble des dépenses de santé et explique 70% de leur croissance. Or, cette catégorie est loin d'être homogène quant à la gravité de la maladie ou à l'importance du reste à charge pour le malade. Dans ces conditions, la justice et l'efficacité des remboursements doit être questionnée de manière globale, que ce soit dans le cadre d'une réflexion sur le « bouclier sanitaire » ou dans le cadre d'un autre dispositif.

La quatrième orientation concerne la répartition des charges entre solidarité et responsabilité dans le financement de la santé. Une première réflexion mérite d'être engagée en la matière en ce qui concerne les prestations en espèces, notamment les indemnités journalières, ou les soins aujourd'hui mal couverts par l'assurance maladie (optique, dentaire, médicaments remboursés à 35%, etc.).

La cinquième orientation concerne la lutte contre la fraude et les abus. Celle-ci doit être intensifiée pour veiller au meilleur emploi des ressources de l'assurance maladie.

Enfin, la sixième orientation concerne le financement de l'assurance maladie. Le retour à l'équilibre durable de l'assurance maladie est une impérieuse nécessité. Une fois cet équilibre atteint, des dispositifs adaptés de stabilisation automatique doivent prévenir d'une dérive ultérieure, afin de ne pas reconstituer de déficit. La piste de la maîtrise des dépenses doit être complétée par une réflexion, notamment, sur les taxes comportementale ou environnementale.

Quelles sont les premières décisions adoptées ?

1. Des dispositifs de stabilisation automatique de l'assurance maladie doivent être conçus.

Ces dispositifs doivent reposer sur une meilleure maîtrise des dépenses. Ils devront être activés dès que le retour à l'équilibre de la branche maladie aura été atteint.



2. En matière de lutte contre la fraude, il est décidé de :

- **renforcer la coordination des politiques de lutte contre les fraudes entre les différentes caisses d'assurance maladie**, avec des objectifs communs et des échanges accrus de méthodes. Les coopérations seront également renforcées avec les autres services de sécurité sociale et les administrations de l'Etat ;
- **professionnaliser la fonction de contrôle** par des coopérations innovantes et une mutualisation des moyens médico-administratifs dédiés aux contrôles à l'échelon régional ou interrégional. Ces relais devraient mener sur le terrain les actions de lutte contre la fraude et rendre compte au niveau national des résultats ;
- **développer des outils de lutte contre la fraude** grâce à la délégation interministérielle de lutte contre la fraude qui vient d'être mise en place (croisement de fichiers entre organismes, évolution des outils informatiques pour identifier les risques de fraude, renforcement des sanctions).

3. Par ailleurs, le comité a permis de **remettre en perspective les différents chantiers annoncés ou d'ores et déjà engagés par le président de la République** en matière d'assurance maladie :

- garantir l'égalité devant la santé, pour tous, tous les jours, sur tout le territoire ; les États généraux de l'organisation de la santé permettront de trouver des solutions pour mieux répartir l'offre de soins sur le territoire et renforcer la permanence des soins ;
- rénover la prise en charge et l'accompagnement thérapeutique des patients en affection de longue durée, tout en travaillant activement sur les dépassements d'honoraires, en ville comme à l'hôpital ;
- réformer l'hôpital, notamment sur la base des travaux conduits par la mission présidée par M. Gérard Larcher, afin de dynamiser la gestion des établissements de santé, renforcer la qualité des soins qu'ils délivrent aux patients et favoriser la recomposition hospitalière afin de mieux répondre aux besoins ;
- mettre en place les agences régionales de santé, pour améliorer l'organisation du système de santé au niveau local et mieux articuler les interventions des professionnels de santé libéraux et ceux délivrés par les services hospitaliers ;
- réfléchir sur la place respective de la solidarité et de la responsabilité individuelle dans le financement de la santé, parce que l'assurance maladie n'a pas vocation à tout prendre en charge, sans rien contrôler et sans rien réguler, en garantissant l'équité de la prise en charge, en particulier pour les plus démunis.

Ces différents chantiers sont guidés par un même objectif : mettre le patient au cœur du système de santé, afin de lui offrir de meilleurs soins au meilleur coût pour la collectivité. La RGPP « santé – assurance maladie » a permis d'identifier une première série d'options pour apporter des réponses concrètes sur ces différents chantiers. Ces pistes doivent désormais faire l'objet d'une concertation par le ministère de la Santé, afin d'en préciser les modalités d'ici le prochain CMPP. Elles pourront trouver une traduction dans un projet de loi sur l'organisation de la santé et l'accès aux soins, ainsi que dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

