

Assurance maladie : en finir avec l'amateurisme

Béatrice Majno ni d'Intignano

Publié par *Le Figaro*, avril 2003.

Comme son prédécesseur Jack Ralite en 1981, JF. Mattei affirmait à son arrivée : « La santé n'a pas de prix ». Ce que tout médecin interprète : fini la contrainte financière ! Il est rattrapé par la réalité et Bercy sonne la fin de la récré. Tous commettent les trois mêmes erreurs de raisonnement. **1)** Il n'y a pas de « déficit de l'assurance maladie ». Le « trou de la sécu » comme on dit doit être financé en fin d'année. Soit par une augmentation des cotisations (CSG) soit par l'emprunt qui reporte la charge sur le futur (type CRDS). **2)** Il n'y a pas « manque de recettes ». Les dépenses de santé qui sont en réalité les revenus des soignants (honoraires des médecins, salaires des hospitaliers, chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique...) sont financées par les cotisations des citoyens ou par les malades. Ces revenus doivent pouvoir s'adapter chaque année à la capacité contributive des cotisants, donc à la croissance économique. Les revenus des médecins peuvent-ils croître au même rythme quand les salaires se tassent ? Question de solidarité. La dépense de santé a toujours tendance à augmenter plus vite que la recette. C'est pourquoi il faut la réguler. La plupart des pays voisins l'ont stabilisée depuis 1980. **3)** La santé ne dépend pas du pourcentage de la production nationale consacré aux soins. Le Japon, pays le moins dépensier (7% du PIB pour la santé) bénéficie de la plus forte espérance de vie ; les Etats-Unis, pays le plus dépensier (13,5%) souffrent de la plus forte inégalité. La Suède, 8%, présente l'une des meilleurs rapport efficacité-coût. Au niveau régional on constate aussi que là où les accouchements sont plus coûteux, le résultat sanitaire n'est pas meilleur que là où ils le sont moins.

Les médecins aussi se trompent à deux égards dans leur approche de la question. **1)** La dépense publique de santé, financée par des prélèvements obligatoires, doit rester sous le contrôle du Parlement. Principe de démocratie. La Justice et l'Université le respectent. Or l'ONDAM (objectif de dépense d'assurance maladie) est contesté et non respecté. Cette contrainte appelée « maîtrise comptable » ne sera jamais levée. Elle rend d'autant plus indispensable la « maîtrise médicalisée » qui consiste à optimiser cette enveloppe globale et à la réserver aux soins efficaces et nécessaires. Maîtrise comptable et médicalisée ne sont donc ni alternatives ni opposées mais complémentaires. **2)** Au-delà, la dépense privée de santé peut augmenter : honoraires libres, consultations privées des hôpitaux, médicaments non remboursés. Les Français se disent prêts à payer de leur poche et une sorte de consumérisme de la santé exigeant et informé se développe dans les classes moyennes. On augmente ainsi le revenu des médecins et la population peut souscrire des assurances spécifiques pour financer de la prévention ou des soins non remboursés. Mais attention : la dépense publique est porteuse d'égalité, la dépense privée d'inégalité. Question politique majeure.

Pourquoi les gouvernements successifs se trouvent-ils piégés ? La France consacre beaucoup d'argent à sa santé : 9,5% du PIB, l'un des plus forts pourcentages en Europe ; elle compte beaucoup de médecins et de lits d'hôpitaux à l'aune des critères internationaux. Les pénuries résultent donc d'une répartition inégale des moyens : trop de médecins en Ile-de-France, pas assez en Lozère. Les deux tiers des urgences qui encombrant les hôpitaux d'Ile-de-France devraient s'adresser à un médecin de ville. Comment en être arrivé là ?

L'Assurance maladie, les syndicats médicaux et les gouvernements, à droite et à gauche, ont implanté des mécanismes de régulation sans y incorporer les incitations financières et les gardes-fous classiques et connus. Exemples ? La convention des médecins spécialistes contenait une enveloppe globale d'honoraires sans « prix flottant » et fut annulée par le Conseil Constitutionnel et le Conseil d'Etat ; M. Aubry dut imposer des baisses de tarifs autoritaires mal vécues par les médecins et les honoraires des spécialistes, incontrôlés, galopent toujours. Les généralistes « référents » promus sans instaurer la « capitation » pour les honorer alors que ce mécanisme a fait ses preuves des Etats-Unis aux Pays-Bas pour limiter la dépense inutile et améliorer l'égalité

d'accès aux soins. Au lieu d'être payés à l'acte, ils reçoivent un forfait par patient inscrit sur leur liste et on les consulte gratuitement. Ou encore ces médicaments génériques introduits sans « plafond de remboursement » par l'assurance maladie. Les hôpitaux restent étouffés par le budget global et concurrencés par les cliniques depuis 1985 car on hésite encore à les financer tous deux selon leur activité médicale. Enfin quatre organismes par région (ARH, CRAM, URCAM, ORS) accroissent la confusion alors qu'une région sanitaire unique avec des objectifs de santé publique prendrait ses responsabilités ?

L'urgence n'est pas de bouleverser le financement. C'est de réguler. Qui ne aura le courage ? Le marathon entre l'assurance maladie et les syndicats médicaux dure depuis vingt ans. Pourquoi le prolonger ? Certains syndicats médicaux appellent l'arbitrage de l'Etat. L'état devra sûrement définir les régulations mais s'en tenir là avant d'avoir remis l'ordre dans sa propre maison ! Des assureurs et des mutuelles ? Certains ont commencé à le faire avec succès pour les dents et les lunettes en constituant des réseaux de professionnels qui s'engageant à fournir un service plus étendu que celui offert par la sécurité sociale, et mieux remboursé grâce aux économies. Ces initiatives restent brimées par les règles de rigides de remboursement et d'accès aux informations.

Il ne s'agit pas de privatiser la sécurité sociale. Les pays européens respectent des principes éthiques et sociaux communs qui fondent l'état providence. Le modèle n'est pas en Amérique. Il est chez nos voisins dont les mécanismes de régulation donnent de bons résultats (*). Le médecin généraliste pour filtrer les soins coûteux au Danemark et aux Pays-Bas ; le libre choix de l'assurance maladie et la concurrence par les prix entre les médicaments en Allemagne ; dissocier le financement de la gestion de l'assurance maladie en Suisse ; la décentralisation en Scandinavie.... Finissons-en de grâce avec l'amateurisme et les discours opportunistes.