

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE DOCUMENT DE TRAVAIL – séance du 22 janvier

Synthèse :

« L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE : L'URGENCE D'UN REDRESSEMENT PAR LA QUALITE »

Réuni, en vertu du décret du 7 octobre 2003, pour « évaluer le système d'assurance maladie » et apprécier, dans un contexte financier dont chacun sait qu'il est difficile, « les conditions requises pour assurer la viabilité des régimes d'assurance maladie », le *Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie* présente, dans ce rapport, le constat qu'il porte sur l'état du système de soins et de prise en charge des dépenses de santé dans notre pays.

Soixante ans après l'ordonnance du 4 octobre 1945, le constat s'impose : l'assurance maladie constitue un de nos grands succès collectifs. En offrant un très large et égal accès aux soins, elle a joué, outre son rôle proprement sanitaire, une importante fonction de cohésion sociale. C'est aujourd'hui un de nos biens communs les plus précieux.

Or l'ampleur et la dynamique de son déficit (les dépenses non couvertes représentent aujourd'hui plus d'un mois de consommation par an) la placent désormais en situation de grave péril. Jamais il n'a paru aussi indispensable, urgent et ardu d'en préserver l'avenir.

L'enjeu pourtant, dans cette période critique, n'est pas seulement de maintenir. C'est de comprendre qu'il est possible d'aller de l'avant, pour bâtir quelque chose de neuf et d'encore meilleur. Les difficultés qui se dressent devant le système d'assurance maladie – et qui ont, notamment, justifié la création du Haut conseil – représentent de véritables opportunités à saisir.

Deux orientations se dégagent en effet du diagnostic qui figure dans les pages qui suivent :

Il faut, d'abord, s'attacher résolument à améliorer le fonctionnement du système de soins et la coordination de ses acteurs. C'est là un changement important par rapport à la période où furent conçues les assurances sociales : l'assurance maladie ne peut plus se contenter d'être un simple dispositif de paiement pour des soins qui s'organiseraient tout seuls. Pour être efficaces, les politiques d'assurance maladie doivent nécessairement porter aussi, en concertation avec tous ses intervenants, sur l'organisation du système de soins.

Par ailleurs, sans remettre en cause l'universalité de la couverture, nous devons être capables de faire des choix. C'est l'autre changement important pour l'assurance maladie : l'offre de soins est infiniment plus riche et variée qu'autrefois, et la demande de biens médicaux croît sans cesse. Or tout ce qui est proposé n'est pas à mettre sur le même pied, tout n'a pas la même qualité, tout n'a pas la même pertinence pour bien soigner. Le système de financement s'épuiserait à vouloir couvrir sans aucun tri tout ce que les industries et professions de santé peuvent offrir. Plus grave encore, il épuiserait les possibilités de redistribution de la richesse collective sur beaucoup d'autres besoins sociaux essentiels. Ainsi que le souligne un rapport récent¹, l'existence d'un financement socialisé appelle un discernement et une optimisation dans l'emploi des fonds qui relèvent, en dernière analyse, d'une exigence éthique.

Or ces contraintes sont, en même temps, une chance pour la réforme qu'il faut conduire.

¹ « Ethique et professions de santé », rapport au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, avril 2003 – groupe présidé par M. Alain CORDIER.

Structurer davantage le fonctionnement du système de soins, éprouver la qualité et l'utilité de ce que l'on rembourse, entrer dans des démarches exigeantes d'évaluation des pratiques et d'accréditation, c'est tout simplement mieux soigner. Consolider les régimes d'assurance maladie, il faut l'affirmer avec force, ce n'est pas simplement perpétuer le système en jouant sur les niveaux de prélèvement et de remboursement, mais offrir beaucoup mieux en termes d'étendue, de technicité et de professionnalisme des soins.

La hiérarchisation des priorités de financement va dans le même sens : c'est une exigence de justice, qui inscrit le redressement de l'assurance maladie dans un projet de société. Payer aveuglément n'importe quel traitement n'assure pas les meilleurs soins pour tous : cela aboutit plutôt, en pratique, à ce que l'excellence ne profite qu'à quelques uns. Pour être effectivement solidaire, l'assurance maladie doit notamment savoir faire des choix de qualité et d'efficacité, aussi bien dans ce qu'elle rembourse que dans le niveau auquel elle prend en charge.

En définitive, ce qui est en jeu aujourd'hui n'est rien d'autre que de trouver un chemin de « développement durable » pour notre système de solidarité. Le développement durable n'est pas, on le sait, le refus de la croissance – en l'espèce, de la croissance des dépenses de santé – mais le refus d'une croissance dépourvue de sens, qui dilapide ses ressources et se détruit elle-même.

L'impérieuse remise en ordre des comptes doit servir d'élan. Le système peut être, demain, à la fois financièrement assaini et de meilleure qualité sanitaire, dès lors qu'il aurait trouvé un financement équitable et viable sur le long terme, qu'il aurait les outils de discernement du service rendu et s'en servirait effectivement, et enfin – élément trop souvent sous-estimé – qu'il s'appuierait sur des institutions et, en leur sein, sur des responsables en mesure de rendre des comptes sur des missions claires, répondant aux priorités collectives.

L'opinion publique, qui a trop souvent subi des réformes insuffisamment expliquées, et qui est aujourd'hui alertée et peut-être inquiète, doit pouvoir se mobiliser positivement autour d'un tel projet. C'est à elle aussi – et peut-être prioritairement – que ce rapport s'adresse. Car tous : institutions, professionnels de santé, et assurés sociaux, nous serons appelés à faire évoluer nos comportements.

*

Les éléments de synthèse qui suivent, répartis en trois sections qui recoupent à peu près les trois chapitres du rapport, ne constituent pas un résumé de celui-ci. Ce sont seulement certains points de son rapport que le Haut Conseil entend mettre plus particulièrement en exergue : ils ne peuvent être lus et compris qu'en liaison étroite avec l'intégralité du texte du rapport.

SECTION I : LES GRANDS EQUILIBRES

1) Sur les dernières décennies, l'assurance maladie a puissamment contribué au développement du système de santé et à l'égalité des chances dans l'accès aux soins

La généralisation de l'assurance maladie à toute la population et la diffusion des couvertures complémentaires permettent à pratiquement tous les assurés, quel que soit leur état de santé, leur âge ou leur revenu, d'avoir un accès aisé aux soins, avec un bon niveau de prise en charge.

Même si l'on peut porter un jugement critique sur le rapport qualité/coût de notre système de soins – on y reviendra ultérieurement -, il n'est pas niable que le haut degré de socialisation de la dépense a accompagné la croissance d'un secteur de soins puissant – il occupe 12% de la population au travail – et de bonne qualité technique. L'état de santé des Français s'est amélioré. En témoigne la forte augmentation de l'espérance de vie sans incapacité, nonobstant le fait que demeurent encore de préoccupantes inégalités de santé entre catégories socioprofessionnelles ou entre régions, d'une part, des taux élevés de morbidité évitable, d'autre part.

Cette amélioration trouve sans doute, pour partie, son origine dans des déterminants de l'état de santé indépendants de l'offre de soins. Mais un tel résultat n'aurait jamais été atteint sans que l'offre soit adossée à une prise en charge publique élevée et bien adaptée à la forte concentration des dépenses de santé.

Le Haut Conseil porte ainsi au crédit de notre système les éléments suivants :

- les régimes obligatoires remboursent 76% des dépenses globales de santé, ce qui signifie qu'ils atteignent, si l'on prend pour référence les biens et services qui font partie des soins « reconnus » par l'assurance maladie (le périmètre des soins dits « remboursables » qui représentent 2000 € par personne et par an), un taux de prise en charge de 81%.
- ce niveau de prise en charge résulte de la combinaison de taux de remboursement (qui s'étagent, pour la plupart des biens et services, entre 65 et 80%) et d'un très puissant système d'exonérations qui aboutit à un remboursement quasi-complet dès que les dépenses sont élevées. Ce système d'exonérations présente trois caractéristiques :
 - ° il bénéficie à tous : notre système a en effet fait le choix de ne pas retenir de condition de revenu qui le limiterait aux ménages de petites ressources et de ne pas introduire de modulation du taux de prise en charge avec le revenu.
 - ° dès que les actes techniques, notamment à l'hôpital, dépassent 98,5€ (K50), ils donnent droit à exonération pour tous les soins correspondants. Le ticket modérateur pour ces actes techniques est donc nul ou plafonné à 19,7 euros.
 - ° les assurés les plus malades sont pris en charge à 100% pour leurs pathologies (même si, en cas d'hospitalisation, le forfait journalier hospitalier peut constituer une charge parfois importante).
- le cumul des taux standard de prise en charge et des différents motifs d'exonération explique, par exemple, le très haut niveau moyen de prise en charge des soins d'hospitalisation, qui atteint 97%.
- plus généralement, c'est cette combinaison qui est au cœur de l'égalité dans l'accès aux soins. En effet, si la plupart des ménages peuvent assumer le ticket modérateur pour leurs dépenses « courantes » de soins, qui sont de montant très souvent modeste (moins de 40€ par an pour 15% d'entre eux et moins de 200€ pour 30%), le poids des fortes dépenses

qu'ils doivent engager à certains moments de leur vie est tel qu'une large exonération du ticket modérateur s'impose si on veut ne pas trop solliciter leur budget ou évincer les plus modestes qui, faute de moyens, renonceraient à des soins de qualité.

Deux chiffres permettent de prendre la mesure de ce constat incontournable : chaque année, 5% des personnes couvertes par l'assurance maladie mobilisent 60% des remboursements ; en moyenne, ces remboursements s'élèvent en 2000 à près de 20 000€ par personne, soit près de trente fois plus que les autres personnes protégées.

Le Haut Conseil considère ainsi que l'armature de la prise en charge par les régimes de base de ces dépenses importantes doit être sauvegardé. On peut en discuter les paramètres mais pas la logique.

2) Ce système favorable de prise en charge est confronté aujourd'hui à la très forte croissance des dépenses de soins

Sur les quarante dernières années les dépenses de soins ont augmenté en moyenne à un rythme annuel supérieur de deux points à la croissance de la richesse nationale, passant de 3,5% du produit intérieur brut en 1960 à 8,9% en 2002.

L'on retrouve cette tendance dans l'ensemble des pays développés qui, au demeurant, mettent en œuvre, comme nous mais avec des modalités diverses, des systèmes de mutualisation du risque. Mais la France se situe parmi les pays qui consacrent le plus de leur richesse aux dépenses de soins.

La part des dépenses remboursées par l'assurance maladie a connu une évolution à peu près identique, et même un peu plus forte puisque – nonobstant plusieurs augmentations du ticket modérateur, et par l'effet notamment des mécanismes d'exonération rappelés plus haut – le taux moyen de remboursement s'est, contrairement à ce qu'on imagine souvent, très légèrement amélioré grâce à son redressement dans les dernières années de la période.

Le pays a financé cette évolution par une vive augmentation des recettes dont l'essentiel est prélevé sur les revenus d'activité. Ce prélèvement a été accepté sans trop de difficulté, surtout en début de période où le pouvoir d'achat des ménages progressait nettement.

Mais avec les années, la levée des recettes a posé des problèmes politiques et économiques de plus en plus aigus ; ce qui explique les relèvements de ticket modérateur, et le sentiment corollaire que l'assurance maladie rembourse de moins en moins bien.

Parallèlement, le système de soins a fait l'objet de critiques de plus en plus sévères : la qualité n'est pas à la hauteur des investissements ; l'offre, parfois excessive, éclatée et mal coordonnée, est financée par un système trop passif de prise en charge.

Les pouvoirs publics – ainsi que les partenaires sociaux et les organisations des professionnels de la santé – ont essayé de maîtriser la dépense. Les résultats n'ont guère été au rendez vous. L'opinion, pourtant acquise au système, s'impatiente de ces échecs. Elle en supporte les conséquences directes (augmentation de la CSG et du ticket modérateur) et les attribue, de façon souvent excessive, en l'absence de réelle information, à des abus, des gaspillages et une mauvaise organisation.

Cette évolution – il ne faut pas le perdre de vue – est commune à l'ensemble des pays développés, et provoque chez chacun d'eux de fortes tensions sur les finances publiques. Tous ont donc entrepris, avec des fortunes inégales, de la contenir en s'efforçant, pour la plupart, de ne pas affecter la logique de solidarité qui sous-tend les divers systèmes d'assurance maladie.

3) Les perspectives de croissance des dépenses : un défi majeur

La situation financière de l'assurance maladie est déjà critique : 11Md€ de déficit prévu en 2004 ; une tendance – certes récente mais inquiétante – à l'endettement.

Cette situation résulte évidemment pour partie d'éléments conjoncturels, liés au fléchissement de la croissance économique. Mais si les appréciations peuvent diverger sur l'ampleur exacte de cette dimension conjoncturelle, toutes les expertises se rejoignent pour admettre la présence d'effets structurels largement dominants.

D'ailleurs, la demande sociale, qui se traduit par l'expression d'un besoin élevé de garanties dans la dispensation des soins, les exigences des professionnels en termes de conditions de travail et de revenus, auxquelles s'ajoutent sur longue période les effets du vieillissement de la population et l'évolution des techniques médicales amènent à penser que, malgré les améliorations concomitantes de la productivité, les dépenses de santé continueront à croître, peut être à un rythme un peu inférieur à celui des dernières décennies, mais très vraisemblablement significatif (la plupart des projections retiennent des taux de croissance spontanés supérieurs de 1 à 2 points à l'évolution du PIB). Cette tendance peut néanmoins être infléchie par une meilleure organisation du système de soins.

Les projections financières – c'est à dire les prévisions « toutes choses inchangées », qui supposent que l'organisation de l'offre de soins n'est pas réformée, que les recettes évoluent spontanément comme la richesse nationale, et que le système de remboursement reste stable – sont claires pour les années à venir : avec l'hypothèse d'une croissance des dépenses supérieure de 1,5 point à l'évolution du PIB, le déficit annuel (en euros constants 2002) passerait à 29Md€ en 2010 et à 66Md€ en 2020 (hors charges de la dette).

Un tel niveau de déficit ne peut être raisonnablement envisagé.

Face au défi qu'il représente, deux orientations doivent être absolument écartées :

En premier lieu, et au-delà d'ajustements conjoncturels, il ne serait pas admissible de recourir de façon systématique à l'endettement, inacceptable sur le plan moral dans la mesure où les générations de nos enfants n'ont pas à payer nos dépenses courantes, et destructeur sur le plan financier : par un effet de boule de neige, l'endettement se nourrit par lui-même, les charges financières venant grever de façon écrasante le déficit courant ; elles représenteraient ainsi 20% du déficit de l'année 2020.

Le Haut Conseil est ainsi unanime dans son refus de recourir à un endettement massif pour couvrir la croissance des dépenses de l'assurance maladie.

En second lieu, il faut prendre garde de ce que, devant la difficulté de lever de fortes recettes ou celle d'augmenter massivement le ticket modérateur, il s'installe une forme de rationnement insidieux des soins, l'assurance maladie renonçant alors à assumer le progrès des sciences et des techniques médicales. Restreindre subrepticement le périmètre des soins remboursables ne permet de maintenir – ou de ne pas trop dégrader – le taux de remboursement qu'en apparence, puisque c'est sur une base qui se réduit, et se fait au détriment de la qualité des soins.

Les contraintes sont, dès lors, tout à fait considérables :

Car s'en remettre à la seule augmentation des recettes aboutirait à doubler la CSG ; son taux passerait de 5,25 à 10,75 points à l'horizon 2020, soit un prélèvement supplémentaire de 66Md€. Une telle pression sur les prélèvements obligatoires conduirait d'ailleurs à un effet d'éviction massif au détriment des autres besoins collectifs. Alors que le taux de prise en charge publique des soins est le

plus élevé parmi toutes les fonctions du budget social, vouloir le maintenir intangible en augmentant les cotisations assècherait toutes les marges envisageables pour les autres politiques publiques.

D'un autre côté, s'en remettre exclusivement à une baisse des remboursements conduirait à remettre en cause les principes de solidarité et d'égalité qui sous-tendent l'assurance maladie. Pour couvrir le déficit à l'horizon 2020 sans recettes nouvelles, il faudrait en effet diminuer de 21 points le taux de prise en charge dans les régimes de base où il passerait de 76 à 55% de la dépense de santé. Une dégradation de ce type impliquerait notamment qu'on touche durement aux régimes d'exonération des assurés qui supportent les plus grosses dépenses.

Le Haut Conseil, estime, en conséquence, que si l'action simultanée sur plusieurs leviers doit évidemment être envisagée, il faut, au tout premier ordre, faire porter des efforts résolus sur la maîtrise des dépenses injustifiées et l'optimisation de l'offre de soins, seuls à même – ainsi qu'on l'expose plus loin – de desserrer l'étau financier et d'apporter des solutions durables à l'équilibre du système.

L'opinion, au demeurant, n'acceptera pas des efforts financiers supplémentaires si, parallèlement, elle demeure persuadée que le système de soins, dont elle critique les abus et le gaspillage, n'est pas réexaminé en profondeur. Elle craindra que ces efforts ne soient pas équitablement répartis, ou ne se dissipent dans les dysfonctionnements non corrigés du système.

4) Ainsi, face à de telles contraintes, la conservation d'un système d'assurance maladie solidaire et économe en prélèvements obligatoires passe par la conjugaison de trois actions ...

Il va de soi que ces actions doivent être accompagnées des mesures indispensables sur les déterminants de santé qui ne relèvent pas des soins.

a) au premier chef, il faut améliorer le fonctionnement du système de soins et du système de protection sociale

D'abord – cela va de soi – pour assurer les meilleures conditions de qualité et de sécurité pour les malades.

Ensuite pour garantir l'efficacité des recettes de l'assurance maladie, ne pas peser de façon abusive sur les coûts de production ou les pouvoirs d'achat des ménages.

Il faut donc entreprendre dès à présent une action méthodique et résolue pour réorganiser le système de soins autour d'un meilleur rapport qualité/prix, et une meilleure réponse aux besoins de la population. Les solutions et les marges existent au jugement de la plupart des partenaires sociaux et médicaux qui jugent avec une grande sévérité les dérives d'une assurance maladie mal régulée et mal gouvernée. Ils diffèrent certes sur l'ampleur de la désoptimisation du système, les raisons de ces dérives et les méthodes adéquates pour les cantonner dans un premier temps, les résorber ensuite. Mais l'objectif semble unanimement partagé.

Le Haut Conseil est unanime à considérer que, nonobstant la difficulté d'en chiffrer l'exact montant a priori, les gisements de qualité et de productivité dans l'organisation des soins représentent des marges qui permettraient de desserrer très substantiellement la contrainte financière à laquelle il faut faire face, à court et moyen terme.

Le Haut Conseil a consacré à ce sujet une part importante de ses travaux. Les éléments essentiels en sont repris dans la deuxième section de cette synthèse. On doit remarquer à ce stade que ces éléments de diagnostic portent, par construction, sur le système de soins dans son ensemble.

L'optimisation, en volume et en qualité, de la dépense globale de biens et service médicaux constitue le cadre nécessaire et premier de toute politique de maîtrise des dépenses remboursées.

Dans cette perspective, la définition de visions communes aux différents financeurs (assurance maladie obligatoire, et assureurs complémentaires), voire l'élaboration de stratégies concertées, peut se révéler un précieux atout. Aujourd'hui, l'intervention non coordonnée des régimes de base et des régimes complémentaires est source d'affaiblissement de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

On doit, il est vrai, dans le même mouvement, dissiper aussi l'illusion qu'une telle orientation, fondamentale, pourrait suffire à couvrir les impératifs financiers de court terme.

Certes, des actions d'optimisation de la dépense et de meilleure organisation des soins peuvent, si elles sont introduites avec détermination, avoir sur les comportements des effets immédiats. Mais les vraies réformes de structure se conduisent dans la durée, et portent leurs vrais fruits dans la durée. La convergence ultime des dépenses – au taux actuel de prise en charge – et des recettes – à assiette et taux constants – ne saurait intervenir au mieux qu'après quelques années. Un scénario de ce type est analysé dans le dernier rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale. Si l'équilibre financier de l'assurance maladie était atteint, par un cheminement régulier, en 2010 la dette accumulée serait toutefois de 80Mds€. Il conviendra donc de trouver, en tout état de cause, une réponse pour traiter ce solde.

Par ailleurs, même si l'on peut penser que les gains latents d'efficacité sont d'un ordre de grandeur qui devrait permettre, s'ils sont mobilisés de manière adéquate, de couvrir pendant quelques années au moins l'écart de croissance tendanciel entre le PIB et les dépenses de santé, on ne peut formellement exclure que, même une fois le système purgé de ses excès, ces dépenses ne maintiennent, dans la longue durée, une tendance de croissance un peu plus rapide que celle de la richesse nationale.

A court comme à moyen et long terme, il faut donc également être en mesure de jouer sur les autres paramètres du compte de l'assurance maladie.

b) l'ajustement des conditions de prise en charge

Les principes de solidarité de notre système de prise en charge sont sains et doivent être maintenus. Ils permettent un libre accès à des soins de qualité pour tous. Le Haut Conseil réaffirme son attachement à ces principes. Il estime toutefois qu'on peut faire évoluer certains paramètres de la prise en charge sans remettre en cause ces principes.

D'un côté, le reste à charge pour la plupart des Français – c'est-à-dire la part des dépenses de soins qui reste à leur charge, avant couverture complémentaire, et compte non tenu des cotisations et des primes d'assurance préalablement payées – est très modeste ; il est ainsi en moyenne de 185€ par personne, dépassement inclus, pour 80% d'entre eux. Le taux d'effort de ces ménages est lui aussi modéré : moins de 3%. Ce taux est sans commune mesure avec celui qu'ils connaissent pour d'autres besoins sociaux.

Au surplus, la diffusion des couvertures complémentaires rend le taux d'effort final très bas (de l'ordre de 1% du revenu en moyenne pour ces ménages). Il faut noter que cette diffusion est largement adossée, pour les salariés du secteur privé, et très particulièrement pour ceux couverts par des contrats obligatoires de prévoyance collective, à un statut social et fiscal des cotisations très favorable.

Plus généralement, « l'aisance » dans l'accès aux soins – fréquence des procédures de tiers payant, prise en charge quasi complète – présente, notamment pour les ménages modestes, des avantages incontestables. Mais elle ne dresse aucun obstacle devant tous les comportements négligents, voire laxistes, de consommation et de prescription.

D'un autre côté, certains assurés supportent, toujours avant assurance complémentaire, un reste à charge élevé. Il est en moyenne de 900€ par an pour 20% des ménages. C'est le cas lorsque les assurés supportent des tickets modérateurs importants (parce qu'ils ont eu un recours fréquent et coûteux aux soins de ville ou parce qu'ils acquittent 20% du coût d'une hospitalisation de durée sans acte technique ouvrant droit à l'exonération au titre du K50). C'est le cas aussi d'assurés qui, par choix ou contrainte, supportent des dépassements élevés. Sans doute pour la plupart d'entre eux le ticket modérateur, et pour un nombre significatif, les dépassements, sont ils pris en charge par leur couverture complémentaire ; mais pour les plus modestes, en gros les ménages du deuxième décile qui ne sont pas protégés par la CMUC, la charge est lourde et peut les amener à renoncer à des soins utiles.

En conséquence, tout ajustement des taux de remboursement qui 1°) n'épargnerait pas les ménages qui exposent les dépenses les plus élevées et 2°) ne serait pas accompagné de mesures correctrices destinées – notamment - à ceux qui ont les revenus les plus modestes (adaptation de la CMUC, aide à l'acquisition de la couverture complémentaire, plafonnement du ticket modérateur, etc.), méconnaîtrait les principes mêmes de la solidarité nationale.

Ces évolutions supposeraient, par ailleurs, une plus étroite coordination des différents financeurs du risque maladie : assurances sociales obligatoires, et assurances complémentaires.

c) l'action sur les recettes

Le système des recettes des régimes de base est fondé sur trois éléments majeurs :

- l'essentiel provient des cotisations et CSG sur les revenus d'activité. Ainsi, dans le régime général, ces recettes, totalement déplafonnées, aboutissent à un prélèvement de 18,8% sur le salaire brut. Les emplois non ou peu qualifiés bénéficient d'exonérations significatives des cotisations patronales (près de 20 Mds€ en 2003), avec une compensation par l'Etat que certains ont, au demeurant, jugée partielle.
- les revenus de remplacement bénéficient d'un régime favorable de prélèvement: pas de cotisation patronale ; taux réduits ou exonération de CSG.
- la diversification des recettes n'a encore qu'un rendement limité : les autres recettes, notamment la soumission d'une partie des revenus du capital à la CSG et l'affectation à l'assurance d'accises sur le tabac, les vins et alcools représentent environ 8% des recettes.

Ce système appelle deux commentaires fondamentaux.

En premier lieu, le Haut Conseil considère comme positives, au regard de l'objectif de solidarité nationale, certains des choix qui caractérisent le système de recettes de l'assurance maladie : les cotisations ne tiennent pas compte de l'état de santé des assurés ; elles sont indépendantes du nombre des personnes du foyer, ce qui constitue une aide puissante aux familles nombreuses ; leur déplafonnement fait appel à la solidarité entre ménages de revenus différents. Comme les dépenses

varient, elles, fortement avec l'état de santé et l'âge et peu avec le revenu, on peut constater que l'assurance maladie vise, par ses règles, à mettre en œuvre un puissant mécanisme de transfert des bien portants vers les malades (et notamment vers les malades les plus lourds), des jeunes vers les plus âgés, des familles « courtes » vers les familles nombreuses, et des ménages aisés vers les assurés plus modestes.

En second lieu, et nonobstant certaines fluctuations, l'assiette salariale évolue en longue période comme la richesse nationale. Elle constitue à ce titre une « bonne » assiette, robuste et bien rodée.

Mais ce système de recettes ne saurait suffire si la dépense s'accroît plus vite que le PIB. Ce fut le cas dans le passé où c'est l'augmentation des taux – et, à la marge, les transferts des excédents des autres branches de la sécurité sociale via la trésorerie commune puis, plus récemment l'endettement - qui ont couvert l'impasse financière.

La restructuration du système de soins peut substantiellement desserrer cette contrainte d'écart de croissance, voire la faire disparaître pendant un certain temps. On ne saurait toutefois exclure avec certitude toute augmentation de recettes sur longue période.

La CSG, par son assiette large et le principe de proportionnalité qui la sous-tend, peut apparaître, de ce point de vue, comme une réponse possible.

Le mandat actuel du Haut Conseil n'est pas de délibérer directement sur d'éventuelles réformes d'ensemble du système des recettes de l'assurance maladie. Mais il estime que, en lien avec des études sur ces réformes, des réflexions pourraient utilement être menées sur le système de recettes en prenant notamment en considération les principes d'universalité de l'assiette, de parité des efforts contributifs entre les régimes et leurs ressortissants et de cohérence du traitement des revenus de remplacement. Ces réflexions pourraient aller jusqu'à l'étude d'une modification de l'assiette des prélèvements.

Il insiste par ailleurs sur la nécessaire transparence des rapports financiers entre l'Etat et l'assurance maladie. Les flux croisés, les multiples fonds, la variabilité des règles d'affectation d'une année sur l'autre, constituent un enchevêtrement inaccessible aux non-spécialistes. Aucun examen sérieux des lois de financement de la sécurité sociale, et a fortiori aucun regard critique sur l'affectation des charges qui pèsent sur l'un et l'autre budget, ne seront possibles tant que durera cette opacité. Outre la nécessaire simplification et stabilisation des règles, il faut disposer d'un document de présentation budgétaire qui récapitule avec clarté l'ensemble des ressources de l'assurance maladie.

SECTION II : L'AMELIORATION DU SYSTEME DE SOINS

Des trois actions qui viennent d'être décrites, il en est une qui, parce qu'elle est prioritaire, appelle de la part du Haut Conseil des constats et des commentaires plus poussés : l'amélioration du fonctionnement du système de soins.

1) Il n'y a pas de gestion suffisamment active et critique du périmètres des biens et services qui sont pris en charge par l'assurance maladie

La très grande diversité des actes, biens et produits médicaux, et leur rapide renouvellement sous l'effet du progrès technique, obligent à être capable de faire des choix. Or aujourd'hui, ces choix sont trop rares et, lorsqu'ils ont lieu, ils sont souvent implicites, peu transparents et incompris.

Si l'on met à part le critère de *sécurité*, qui doit être vérifié indépendamment de toute problématique de remboursement, l'assurance maladie ne doit, en premier lieu, assurer que le remboursement de biens et services qui ont fait la preuve de leur *efficacité*. Celle-ci, qui s'apprécie selon des critères objectifs élaborés et reconnus par la communauté scientifique, devrait constituer une condition minimale pour toute prise en charge d'acte ou de produit. Or c'est loin d'être le cas, malgré l'instauration de certaines procédures, notamment dans le domaine du médicament : l'assurance maladie rembourse encore des soins ou des produits qui n'ont pas apporté la preuve de leur efficacité médicale. Des progrès restent donc à faire, d'une part pour généraliser le critère et assurer l'indépendance des organismes chargés de l'appliquer, et d'autre part, pour rapprocher la mesure de l'efficacité des réalités cliniques concrètes. L'efficacité, comme la sécurité, est souvent fonction du contexte médical dans lequel l'acte est effectué ou le produit administré (situation médicale du patient, formation spécifique et entraînement du praticien, sécurité de l'environnement de travail, etc ...).

Parmi les différents cribles à appliquer avant de prendre en charge un acte ou un produit, le Haut Conseil veut insister également sur l'arbitrage d'*efficacité*. L'efficacité fait intervenir le coût de l'acte ou du produit ; c'est une forme d'appréciation médico-économique de son utilité par rapport à son coût, qui consiste à mesurer si la valeur médicale de l'acte ou du produit justifie les dépenses supplémentaires qu'il entraîne. Par exemple, ce n'est pas parce qu'il existe sur le marché un test de d'analyse biologique ou un examen extrêmement coûteux permettant de diminuer de manière infime la survenance d'un risque qu'il faut forcément prendre en charge collectivement cette dépense. Car elle risque de se faire au détriment d'autres besoins : les ressources financières ne sont jamais illimitées ; il faut être capable, techniquement et politiquement, de poser les questions de hiérarchie des priorités et d'effectuer les arbitrages.

Certains membres du Haut Conseil, craignant une sélection des risques ou des patients, ont, il est vrai, tenu à récuser toute utilisation du critère d'efficacité qui se ferait au service d'une logique d'enveloppe définie 'a priori', le rapport utilité / coût ne servant alors à définir ce qui peut rentrer dans un volume de dépenses fixé à l'avance

Cette mise en garde ne remet toutefois pas en cause l'importance et la légitimité du critère lui-même. Le Haut Conseil souligne, à cet égard, que la recherche de l'optimum dans l'emploi des ressources de l'assurance maladie constitue, en tout état de cause, une condition préalable à toute perspective d'accroissement des moyens.

Le Haut Conseil insiste, en parallèle, sur l'importance qu'il y a à bien distinguer différentes natures dans les critères du remboursement. L'efficacité d'un produit est au nombre des critères objectifs ; l'efficience fait en revanche intervenir un choix collectif. L'articulation de ces deux approches est nécessaire ; elle doit être effectuée de manière explicite, en indiquant toujours au nom de quoi tel acte ou tel produit est admis, ou n'est pas **ou n'est plus** admis au remboursement.

Enfin, le Haut Conseil souligne que la capacité pour l'assurance maladie de choisir vraiment le périmètre des actes et produits qu'elle rembourse se juge non seulement au niveau de « l'inscription », c'est à dire de l'entrée de ces actes et produits dans le périmètre de prise en charge, mais aussi, et peut être surtout, dans sa capacité à maintenir en permanence un regard critique et sélectif sur des biens et services déjà inscrits. Or il n'existe, aujourd'hui, aucune obligation de réexamen périodique et régulier du périmètre de remboursement, en dehors des médicaments et de certains dispositifs médicaux. Si l'on veut pouvoir étendre le domaine remboursable à de nouveaux produits ou de nouvelles techniques, on doit aussi pouvoir en faire sortir, sur des bases **scientifiques** transparentes, les produits ou les services considérés moins prioritaires, ou simplement devenus moins utiles du fait de l'introduction d'une nouveauté.

Cette gestion « active » du périmètre remboursable suppose toutefois une coordination le plus en amont possible avec les décisions des organismes de couverture complémentaire. Sans vouloir réglementer le marché de l'assurance, il faut disposer d'outils permettant d'inciter les acteurs complémentaires à accompagner ces mesures qui, sinon, seraient vidées d'une partie de leur contenu.

2) Le système de soins et de remboursement n'est pas **suffisamment orienté vers la qualité « face au malade » ; le système de remboursement devrait jouer un rôle d'incitation**

Ce qui justifie la dépense de soins, et donc le bien fondé de son remboursement, ce n'est pas le fait que l'acte soignant ou le produit de santé se trouve référencé dans un « panier » statique de biens et services remboursables, mais le fait que cet acte sera effectué – que ce produit sera administré - de manière pertinente, dans un contexte de soins précis.

Le Haut Conseil estime que l'organisation du système de soins et les mécanismes de prise en charge par l'assurance maladie ne sont pas suffisamment orientés vers cette recherche de pertinence médicale « en situation », face au malade. La gestion du risque maladie n'est pas encore suffisamment « médicalisée ».

La collectivité est pourtant en droit d'attendre de son système de soins un très haut degré de qualité, c'est à dire une pratique toujours conforme à l'état des connaissances scientifiques et techniques, et exécutée dans des conditions optimales de sécurité. Cette exigence, qui s'impose déjà pour n'importe quelle prestation de services, est particulièrement aiguë en matière de santé : quand il s'agit de soigner, la non-qualité est tout simplement inadmissible.

Le Haut Conseil estime que cette recherche de qualité **doit être un moteur**. Ce qui est en cause, **ici**, c'est d'abord le fonctionnement et l'organisation d'un système : c'est avant tout par des progrès dans l'organisation du système de soins que l'on permettra à ses acteurs (professionnels libéraux et professionnels exerçant au sein d'établissements de santé) d'assurer pleinement cette exigence de qualité. Ceux et celles qui choisissent d'exercer une profession sanitaire ne le font pas par hasard. Il faut **les consulter**, et s'appuyer sur les compétences, le vécu, l'expérience des professionnels de santé pour **décider avec eux** les instruments, les règles et les contrôles qu'il faut mettre en place pour leur permettre d'exprimer le souci d'excellence et de qualité qui anime l'immense majorité d'entre eux.

Ainsi, le Haut Conseil constate par exemple que l'élaboration, la diffusion, et donc l'application effective de référentiels de pratique médicale (qu'il s'agisse de recommandations de pratique clinique ou de référentiels de prescription ou d'analyse) souffre aujourd'hui de graves carences, comme le prouvent régulièrement des enquêtes ou des sondages réalisés sur les pratiques de soins. De même, les professionnels soignants n'ont pas aujourd'hui les outils d'un examen systématique de la qualité de leur exercice, tant à l'hôpital que dans les soins dits « de ville ». Le Haut Conseil estime qu'il n'est pas possible, en cette matière, de se contenter de lents progrès ; il faut engager beaucoup plus vite et plus résolument le système de soins (dans toutes ses composantes, hospitalière et ambulatoire) dans une démarche d'évaluation périodique des pratiques professionnelles, systématiquement articulée à une offre de formation professionnelle plus substantielle et plus indépendante, et appuyée par des procédures d'accréditation.

Même si l'amélioration de la qualité des soins n'est pas toujours source d'économie – elle peut, dans certains cas, appeler au contraire à des dépenses supplémentaires – il est important de souligner que les considérations de qualité n'éloignent pas, en général de l'objectif de maîtrise des dépenses de santé. La chasse à la non-qualité est aussi une forme efficace de lutte contre les dépenses injustifiées : que l'on pense par exemple aux opérations inutiles, aux séquelles invalidantes de celles qui ont été mal exécutées, aux maladies non dépistées, aux infections nosocomiales, etc...

A cet égard, un exemple particulier doit retenir l'attention : le problème massif, ancien et typiquement français de la surconsommation de médicaments. Rien ne justifie en effet que l'assuré français se voie prescrire entre deux et quatre fois plus d'analgésiques, d'antidépresseurs et de tranquillisants que les usagers des pays voisins. La dépense totale est considérable (plus de 16 milliards d'euros par an, 260 000 euros prescrits en moyenne par chaque médecin généraliste), et les dangers aussi : les risques d'interaction médicamenteuse toxique sont très sérieux au-delà de trois médicaments pris simultanément, or un très grand nombre d'ordonnances dépassent ce chiffre. Il y a d'ailleurs, en France, quelque 350 hospitalisations par jour, en moyenne, à cause de ce type d'accidents dits « iatrogènes ». Le Haut Conseil estime qu'il faut engager, sur ce sujet, des actions extrêmement décidées. Elles supposent une participation active de tous les acteurs de la « chaîne du médicament » : laboratoires pharmaceutiques, prescripteurs, pharmaciens, caisses d'assurance maladie, organismes complémentaires ... et assurés sociaux eux-mêmes.

En outre, les traitements alternatifs aux médicaments, ainsi que la prévention, l'éducation et le suivi adapté de la posologie doivent être développés en parallèle, avec les moyens nécessaires.

C'est également en recherchant systématiquement la qualité du soin qu'il sera possible d'aborder de manière équilibrée certains débats très importants autour de la sécurité des soins.

Ainsi, il est souhaitable d'aller vers une approche raisonnable du « principe de précaution ». Les usagers du système de soins peuvent comprendre et admettre que la sécurité totale est impossible à atteindre, et qu'il existe toujours un certain niveau de risque dans l'emploi d'un produit ou d'une technique soignante. Mais ce propos est impossible à tenir si l'on n'est pas assuré au préalable que tous les risques connus et évitables étaient effectivement évités. On ne peut lutter contre certains excès du « principe de précaution » que par d'importants progrès dans la qualité courante des soins.

Il en va de même, dans un autre ordre d'idées, pour le récurrent débat qui oppose « sécurité » et « proximité » (autour par exemple d'un projet de transformation ou de fermeture d'un hôpital). Sur ce sujet, qui peut susciter localement de très compréhensibles émotions, les termes de l'alternative sont encore trop peu transparents. Il n'est pas possible d'effectuer un choix acceptable par tous – y compris au regard des autres considérations, notamment économiques, qui interviennent dans une restructuration - si l'on ne dispose pas d'instruments de mesure, critiques, comparatifs et rendus

publics, sur la qualité des actes effectués dans les différents établissements de soins, en fonction des différentes formes d'organisation des soins.

Le Haut Conseil estime ainsi que le manque de système d'évaluation et de procédures de bonne pratique, l'insuffisance d'élaboration et de diffusion des références médicales, ainsi que d'instruments et de règles visant à assurer, pour les besoins de tous, une qualité des soins qui épouse en permanence les données acquises de l'art médical et la recherche d'efficacité, constitue pour le système d'assurance maladie un constat de même urgence que celui qui a été dressé sur sa situation financière.

3) Dans cet esprit, l'assurance maladie doit mieux utiliser ses instruments tarifaires

Les soins remboursables obéissent, pour une large part, à une logique d'économie administrée, en raison de ce que leurs tarifs sont, pour leur plus grand nombre, des tarifs opposables, c'est-à-dire imposés par les pouvoirs publics.

Ce principe d'opposabilité est fondamental si l'on veut que, dans le système de prise en charge collectif, la notion de taux de couverture conserve tout son sens. Il suppose normalement l'application stricte de tarifs fixés par voie réglementaire ou conventionnelle ; il peut, à défaut, s'appuyer sur un encadrement, à la fois des marges de dépassement autorisées et des champs dans lesquels ces dépassements interviennent.

Pour autant, le Haut Conseil estime que la manière dont sont aujourd'hui gérés ces tarifs administrés pêche par plusieurs aspects.

En premier lieu, le système n'utilise pas assez les espaces de concurrence par les prix dont il dispose, ou ceux qu'il pourrait introduire sans remettre en cause les grands principes. Cela permettrait pourtant de compenser, chaque fois que cela est possible, les inconvénients connus des systèmes de prix administrés. C'est par exemple le cas en ce qui concerne les médicaments et les dispositifs médicaux, notamment en secteur hospitalier, même si l'on peut saluer des progrès réalisés dans le domaine des médicaments génériques.

En deuxième lieu, la fixation administrative des prix ne repose pas suffisamment sur des évaluations rigoureuses des coûts et des conditions d'exercice. Une juste rémunération des actes supposerait que l'on tienne compte d'un certain nombre de paramètres : coûts des différents facteurs de production, part entre les coûts fixes et les coûts variables, pénibilité et temps passé, impact de la localisation géographique, de la taille de la structure, du profil des patients, etc ...

Pourtant, la manière dont l'assurance maladie assure les rémunérations et les revenus est loin d'atteindre ce niveau de rationalité. On observe ainsi d'étonnants écarts de revenu moyen entre certaines professions, que ne justifient ni le niveau d'études et de formation, ni les sujétions, ni la technicité. On constate aussi d'importantes inégalités au sein d'une même profession, et particulièrement celles qui mettent en œuvre des plateaux techniques importants (les rapports sont presque de un à vingt, entre les 10% de revenus les plus faibles et les 10% les plus élevés, pour les cabinets de radiologie ou les laboratoires d'analyse biologique, par exemple). Cela signifie tout simplement, et au minimum, que la tarification – qui ne différencie pas les coûts fixes et les coûts variables – n'est pas adaptée : pour garantir la viabilité des structures les moins rentables, elle va générer, pour toutes les autres, des rentes qui peuvent atteindre des niveaux très importants.

On peut également s'interroger sur le financement des structures hospitalières. Si l'on s'en tient aux seuls établissements hospitaliers publics, les écarts de coûts se révèlent très sensibles d'un hôpital à l'autre (on trouve couramment plus de 10%, et jusqu'à 30%), même lorsqu'il s'agit de structures de taille, de technicité et d'activité comparables. Cette dispersion permet de penser qu'il existe d'importantes marges de progrès, qui passent, outre la réforme de la tarification, par une répartition adaptée des moyens, une meilleure organisation globale de l'offre hospitalière, et par de nouvelles modalités d'organisation et de gestion internes. L'impression est d'ailleurs corroborée par les quelques comparaisons qui peuvent être faites entre les coûts du secteur public et ceux du secteur privé. Les chiffres bruts qui ont été avancés jusqu'à présent sont importants, puisqu'ils représentent un écart d'environ un tiers sur les coûts moyens. Le caractère significatif de ces résultats est, il est vrai, contesté en raison de nombreux problèmes méthodologiques. Il convient donc d'engager sans tarder des études complémentaires, afin de préciser les limites de validité de ce constat, et surtout d'en identifier les vraies causes.

Sur tous ces points relatifs à la vérité des coûts, des progrès partiels ont certes été réalisés, ou sont en cours de réalisation (ainsi de la « marge dégressive lissée » sur les médicaments, de l'évaluation des coûts dans le cadre de la « classification commune des actes médicaux », ou des modalités de calcul de la « tarification à l'activité » dans les hôpitaux). Le Haut Conseil estime toutefois que beaucoup reste à faire.

S'agissant notamment de la tarification à l'activité dans les hôpitaux publics, qui doit commencer à se mettre en place en 2004, on doit insister sur le fait que cet instrument nouveau – très attendu et qui représente sans conteste un progrès – ne résoudra pas, à lui seul, et de loin, les questions de financement qui se posent pour ces établissements. D'abord parce qu'il n'a pas vocation à tout couvrir ; ensuite parce que ses effets ne peuvent guère être restructurants si la rémunération est alignée sur le simple constat des coûts moyens ; enfin parce qu'il n'a de sens qu'en liaison avec des instruments de gestion, et d'analyse critique et stratégique du bien fondé de l'activité.

Enfin, en troisième lieu et plus généralement, on doit déplorer que les tarifs, et pas seulement les tarifs des actes médicaux et soignants du secteur libéral, ne contribuent pas aujourd'hui, parmi d'autres instruments, à la promotion de la qualité de la pratique. Dans le domaine des soins de ville, les « accords de bon usage des soins » ou les « contrats de bonne pratique » conclus conventionnellement peuvent, il est vrai – et même si cela n'est pas nécessairement leur fonction – ajouter ponctuellement des compléments de rémunération ; mais ils ne peuvent, à eux seuls, constituer une véritable modulation financière, susceptible d'accompagner un engagement de qualité globale de pratique qui serait souscrit par un professionnel.

A cet égard, le Haut Conseil remarque qu'au cours des dernières années, beaucoup de réticences ont été levées s'agissant de certaines modalités de tarification, dont on avait pu penser qu'elles posaient des problèmes de principe : on a cité la tarification « à la pathologie » ; on peut citer les systèmes de tiers payant, ou l'introduction d'une certaine diversification des modes de rémunération des praticiens libéraux, pour des tâches ou des missions particulières. Il existe aujourd'hui des espaces de consensus pour faire évoluer les instruments tarifaires. C'est un tournant important dont il faut saisir l'opportunité pour innover plus résolument, en veillant toutefois à ce que, si l'assurance maladie paie mieux ou autrement, ce soit, dans le cadre d'une politique conventionnelle, en faveur d'une qualité mieux définie et contrôlée.

4) Le système de soins doit également être organisé avec davantage d'efficacité

Le système de soins doit améliorer ses performances, non seulement par une recherche de qualité, mais aussi par l'efficacité dans l'emploi des moyens : mobiliser les justes compétences aux justes niveaux, utiliser les ressources sans excès inutiles, et savoir aussi guider le malade dans son accès et son cheminement au sein de l'univers soignant. Le système de soins doit s'inspirer des méthodes de bonne gestion qui valent partout.

Ce qui fait la difficulté d'un tel objectif – à savoir l'extrême diversité des intervenants – est en même temps un trait important de notre système de santé. C'est un corps complexe, auquel chaque membre se rattache avec une légitimité propre : institutions publiques et privées qui participent au service public sanitaire proprement dit, autres établissements privés, professionnels libéraux ou salariés, chacune ou chacun assure un segment d'une unique mission d'intérêt général.

En soulignant qu'il faut plus d'efficacité dans l'exécution de cette mission, le Haut Conseil ne sous-estime pas la part de désenchantement et de perte de sens que ressentent aujourd'hui beaucoup de professionnels de la santé, et qui accompagnent, et expliquent pour partie, la crise plus générale du système de soins et d'assurance maladie. Tendre vers la performance, ce n'est pas rechercher l'efficacité au détriment des valeurs du monde soignant : bien au contraire, les deux questions sont liées dans une éthique et une dynamique commune.

D'une part, en effet, il n'y a pas de recherche d'efficacité et de productivité qui ne suppose des efforts d'adaptation, voire des remises en cause de situations acquises. Or ces efforts sont difficiles à consentir lorsque les perspectives professionnelles de moyen ou de long terme paraissent floues. L'inquiétude sur l'évolution future du statut des professionnels de santé alimente la frilosité, et donc le statu quo. Ces évolutions seront d'autant plus partagées qu'elles seront établies de manière concertée.

Réciproquement, tous les esprits raisonnables savent, précisément, que le statu quo est intenable, qu'il faut casser certains clivages et s'imposer des formes d'organisation plus exigeantes, pour faire face aux défis techniques, démographiques ou financiers qui se profilent. Dès lors, la lenteur des changements indispensables, et la pesanteur du système à se réformer, alimentent en retour l'inquiétude des professionnels et assurés sociaux les plus lucides.

C'est ce cercle négatif dont il faut rompre l'enchaînement, en mettant en place des instruments de réforme organisationnelle durables, qui recréent une véritable « dynamique de confiance » dans le système de soins et d'assurance maladie.

Un axe d'effort préliminaire et capital consiste à prendre conscience de ce que l'efficacité du système de soins ne se limite pas à l'efficacité du système strictement curatif.

L'action sur l'environnement, dans la vie privée et au travail, sur les modes de vie, les comportements de prévention, l'éducation sanitaire, est encore trop souvent considérée comme secondaire ou résiduelle. C'est au contraire un champ capital de l'assurance maladie, insuffisamment documenté sur le plan médico-économique (ce qui fait obstacle à la parfaite rationalité des décisions d'arbitrage financier), et insuffisamment relayé par l'ensemble du système de soins.

De même, au voisinage du soin et en aval du soin, les actions médico-sociales et sociales constituent des compléments indispensables de la prise en charge sanitaire. Par exemple, dans la lutte contre certaines grandes maladies, le gain curatif peut être largement annihilé par une absence de suivi social ou médico-social des malades. L'approche trop cloisonnée des deux secteurs est un non-sens en termes de santé publique.

Pour ce qui concerne le secteur sanitaire proprement dit, le Haut Conseil estime, ainsi que cela est développé dans les points qui suivent, que l'efficacité est aujourd'hui **largement une question d'organisation et de gestion des moyens.**

Personne n'est d'ailleurs capable, aujourd'hui, de dire ce que doit être le niveau optimal d'équipement sanitaire pour répondre aux besoins d'une population ayant un certain profil d'âge et de pathologies. Il est très difficile d'établir des corrélations entre ce niveau d'équipement et les indicateurs essentiels de la santé d'une population.

Ce dont on est sûr, en revanche, c'est que cette offre est aujourd'hui très inégalement répartie sur le territoire français, et dépourvue de véritable organisation **et d'outils de gestion.** Les tensions à venir, qu'elles soient financières ou démographiques, vont - si rien ne change - aggraver encore ces inégalités et ces dysfonctionnements. **La réponse n'est pas simplement d'injecter davantage de moyens :** quand un système souffre de défauts d'organisation ou de coordination, un supplément de ressources, même important, n'améliore en rien sa performance ; il peut même alimenter un peu plus certains effets pervers.

L'efficacité consiste ainsi à mieux orienter les moyens, et à mieux coordonner leur emploi.

5) Le Haut Conseil constate que la répartition optimale des moyens sur le territoire accuse encore un très grand retard

S'agissant des soins de ville, le constat a été souvent dressé des fortes disparités d'installation des professionnels libéraux sur le territoire (médecins spécialistes et généralistes, chirurgiens dentistes, sages femmes, auxiliaires médicaux), que ce soit entre régions, entre départements ou au sein des départements.

Les conséquences de ce phénomène sont connues : dans les zones de « sur-densité », la grande accessibilité de l'offre – et la relative concurrence entre praticiens – stimule artificiellement la consommation de soins. Dans les zones de « sous densité », les conditions de travail des professionnels et les conditions d'accès à certains types de soins se dégradent.

Certes, comme on l'a dit plus haut, il n'est pas aisé de définir ce que doit être une densité optimale. Mais il est sûr que cette disparité crée une situation d'inégalité difficilement justifiable, et que les tensions iront croissant, dans certaines zones, avec la chute de la démographie professionnelle. **Cette évolution démographique constitue, d'ailleurs, un des défis d'organisation les plus importants que notre système de soins aura à résoudre dans les années à venir.**

On ne peut, à cet égard, que s'étonner du contraste qui existe entre la stricte régulation par l'Etat de l'effectif total annuel de chaque spécialité de la santé, via le *numerus clausus*, (ainsi que, pour les médecins, le nombre de places offertes au concours de l'internat), et la totale absence, ensuite, d'orientation territoriale des jeunes professionnels formés. Le Haut Conseil estime qu'il faut, **dans une approche globale qui doit impérativement articuler l'offre hospitalière et l'offre ambulatoire, sans faire de la seconde la simple variable d'ajustement de la première,** s'interroger sur le bien fondé de la totale liberté d'installation des professionnels de santé libéraux.

En matière d'équipement hospitalier, le Haut Conseil remarque, après la Cour des comptes (dans son rapport sur la sécurité sociale pour 2002), la trop grande lenteur avec laquelle se réalisent les redéploiements de moyens, et les multiples obstacles qui se dressent pour freiner ou empêcher les recombinaisons qui entraînent des fermetures ou des fusions d'établissements ou de services.

Certes, les réticences s'expliquent souvent par le fait que la fermeture d'un établissement ou la suppression d'un certain nombre de lits est perçue comme constituant un but en soi. Il faut affirmer que l'objectif n'est pas de réduire l'offre, mais de la recomposer, pour l'adapter aux vrais besoins de la population (par exemple en matière de lits de moyen et long séjour). Restructurer, ce n'est pas forcément faire disparaître : ce peut être aussi redéployer, ou créer des structures nouvelles. Mais à condition de viser toujours une organisation plus utile et efficiente, en veillant notamment, à ce titre, à ce que les niveaux d'activités soient compatibles avec une sécurité et une qualité optimale des actes.

Le Haut Conseil insiste sur les enjeux d'une politique de redéploiement qui soit conduite dans l'intérêt convergent des patients et du personnel soignant. Les situations critiques de certains services hospitaliers, où se ressentent de manière aiguë l'usure, la surcharge et la pénurie de moyens, peuvent trouver une solution si l'on parvient à mobiliser les importantes marges de sous-productivité ou d'offre sur-calibrée qui existent ailleurs, dans le système hospitalier dans son ensemble – mais quelques fois aussi, au sein même des établissements.

De ce point de vue, la carte hospitalière française est, à l'évidence, loin d'avoir achevé les transformations nécessaires.

Au-delà des rigidités propres à chacun des deux secteurs – soins « de ville », et soins hospitaliers – c'est le cloisonnement existant entre ces deux segments de l'activité médicale qui constitue le plus grand obstacle à une bonne recomposition de l'offre. Il n'y a ni articulation, ni véritable substituabilité entre les structures hospitalières et l'offre médicale et soignante « de ville ». Ainsi par exemple, l'hôpital est vraisemblablement plébiscité, non seulement pour des motifs financiers (taux de couverture et dispense d'avance de frais), mais aussi et peut-être surtout parce qu'il est d'accès simple et permanent (sept jours sur sept et vingt-quatre heures sur vingt-quatre) : toute recomposition suppose, par conséquent, qu'on sache aussi organiser de manière efficace une prise en charge libérale de la permanence des soins.

Le Haut Conseil estime ainsi que tout doit être fait pour casser les différentes césures qui existent entre les prises en charge successives dont un même patient peut faire l'objet : prise en charge cloisonnées entre praticiens de ville, entre services d'un même hôpital, et entre soins hospitaliers et soins de ville. On doit déplorer, à cet égard, le retard pris dans la généralisation d'un dossier médical partagé, et du « réseau de soins virtuel » qui peut se bâtir autour de lui. On peut souhaiter aussi la systématisation des soins coordonnés entre ville et hôpital pour certaines pathologies, appuyée le cas échéant sur des réformes tarifaires ou institutionnelles. Cela suppose surtout que l'on change assez radicalement de mode de pensée, et qu'on cesse de raisonner sur « l'hôpital » et sur « la ville » comme sur deux secteurs étanches ayant chacun, en propre, une part de l'activité médicale.

6) Il faut mieux articuler, au service du patient, le travail des différents acteurs de la santé.

Le « système » de soins n'est pas organisé comme un système. Car il ne coordonne pas avec systématisme, pour les patients qui s'adressent à lui, tous les moyens dont il dispose.

La complexité croissante des soins – notamment pour les maladies les plus graves, ou pour les malades souffrant de pathologies multiples - augmente le nombre d'intervenants autour d'un même malade, et rendent plus difficiles l'accès et le cheminement du patient. Pourtant, c'est souvent à ce patient qu'il revient de coordonner la succession de ceux (services hospitaliers, médecins, auxiliaires médicaux, aides de vie, etc...) auxquels il fait appel. C'est là une sorte d'effet paradoxal du principe – par ailleurs tout à fait essentiel – de la « liberté de choix » de son soignant par le soigné. Dans bien des cas, cette liberté serait plus avantageusement exercée s'il existait la possibilité de choisir librement,

aussi, des formes de soins coordonnées, dans lesquels les différents prestataires de soins assurent eux-mêmes les liaisons nécessaires.

L'une des forces de l'hôpital est, en principe, d'offrir cette prise en charge structurée et complète. C'est une des raisons qui expliquent pourquoi il y est si fréquemment – et sans doute trop systématiquement – fait recours. Mais, à supposer même que ce recours à l'hôpital débouche effectivement sur une hospitalisation, celle-ci ne peut concerner que des épisodes ponctuels, et la continuité du soin est souvent rompue lorsque le patient retourne à son domicile.

En fait, la distinction pertinente qui s'impose aujourd'hui, et qui se révèle la plus discriminante en termes de qualité de prise en charge et d'attitude à l'égard du système de soins, est celle qui oppose d'une part les soins *coordonnés* (qui comprennent aussi bien les organisations lourdes des programmes de santé publique, que les différents modes de travail organisés entre professionnels traitant un même patient) et d'autre part le *recours discontinu* au système de soins (par sollicitations épisodiques, sans que le lien soit organisé entre ces différents épisodes). Dans le premier cas, le cheminement du patient laisse une « trace » médicale qui sert de repère à tous ceux qui ont à le prendre en charge : on parle de « traçabilité » du parcours. C'est un mieux, tant sur le plan de la qualité des soins, que sur celui de l'optimisation des coûts. Dans le second cas, le diagnostic et le traitement ne peut pas s'appuyer sur un historique, et les examens redondants ou les prescriptions contradictoires ont toutes chances de se multiplier.

Actuellement, le système de soins n'est pas bâti pour offrir, chaque fois que cela pourrait être utile, cette prise en charge coordonnée. Ses différents intervenants assurent leur complémentarité de manière relativement spontanée ; la coordination est plus souvent le fruit de réseaux relationnels personnels que d'une démarche construite.

Le Haut Conseil estime qu'il y a là une importante voie de progrès à explorer. On ne doit pas en sous-estimer les difficultés, ni minimiser les précautions qui seront nécessaires (notamment au regard de l'information et de la liberté de choix du malade, du respect du secret médical en dehors du cercle des soignants directs, etc ...). Mais il s'agit, notamment pour les maladies les plus lourdes, d'un important gisement de qualité médicale et d'efficacité du soin.

Pour cela, l'incitation doit se porter évidemment en direction des établissements et professionnels de la santé. Mais elle doit se diriger également vers les patients. Les usagers ne sont pas des sujets passifs du système de soins. Ils doivent avoir, vis-à-vis de l'offre de soins, la **possibilité** d'exercer des choix responsables.

A cette fin, des actions d'information, d'explication, et d'éducation en santé constituent des préalables indispensables. Il convient aussi de réfléchir à des formes nouvelles de « ticket modérateur » **pour introduire au sein du système des incitations à une meilleure utilisation de l'offre de soins**. Notamment selon des modalités qui sachent distinguer les différentes formes de prise en charge, et orienter vers celles qui présentent la meilleure organisation, et donc le meilleur emploi des fonds collectifs. **De ce point de vue, l'application systématique d'un ticket modérateur sans modulation ni possibilité de choix ne permet pas à l'assuré d'adapter son comportement.**

7) L'information des usagers reste le « parent pauvre » de l'assurance maladie

Le principe déontologique, parfaitement légitime, consistant à ne pas introduire entre praticiens une concurrence de type commercial, ainsi que la relative difficulté de traduire en indicateurs la complexité de l'« art de soigner », ont pour effet que la performance et la qualité des activités de santé restent, en France, d'une grande opacité.

Il n'est pas de même dans de nombreux pays étrangers.

Une évolution paraît nécessaire. Le souci d'éviter la concurrence ne justifie pas qu'on ne puisse transmettre en toute clarté une information claire et détaillée à tout assuré social. Le choix « libre et éclairé », devenu principe législatif pour ce qui concerne l'acte de soins, n'a, paradoxalement, pas encore été consacré pour la relation du patient à ceux qui le soignent.

Il s'agit pourtant d'une aspiration fondamentale, qui passe aujourd'hui par les aléas du bouche à oreille, les classements très imparfaits de la presse généraliste, voire par la recherche d'introductions privilégiées. L'inégalité dans l'information, notamment en fonction du capital relationnel dont dispose le malade, constitue une des plus profondes inégalités dans l'accès aux soins.

La mesure des « résultats », et la manière de les communiquer, constituent certes, pour la médecine, une des choses les plus complexes qui soient. Mais il existe des indicateurs statistiques qui peuvent apporter des images fiables et signifiantes, à défaut d'être explicatives (par exemple, les taux de réadmission dans un service hospitalier) et qui peuvent être portés à la connaissance de tous. On peut mentionner aussi toutes les informations qui portent sur le fonctionnement plus technique, tel que par exemple la fréquence des infections nosocomiales, ou celles qui concernent le niveau (dont on sait qu'il est étroitement corrélé à la qualité de l'acte) ou la nature des moyens et des équipements.

Le Haut Conseil, conscient des difficultés qui s'attachent à ce que soit fournie une information fiable, directement interprétable par tout usager, estime toutefois qu'il faut ouvrir, sur tous ces points, les voies permettant d'assurer une plus grande transparence de fonctionnement du système de soins, à l'égard d'un large public.

SECTION III : LA « GOUVERNANCE » DE L'ASSURANCE MALADIE

Le Haut Conseil s'est également penché sur la manière dont est dirigée l'Assurance maladie, autrement dit sur le système institutionnel chargé de mettre en œuvre les conditions et modalités de la prise en charge des soins remboursables.

Celui-ci se partage entre de nombreux acteurs : les différentes instances de l'Etat (c'est-à-dire le Parlement, qui décide de l'organisation légale du système et vote les lois de financement, le gouvernement, qui est à la fois pouvoir réglementaire et autorité de tutelle sur les caisses d'assurance maladie, et enfin les différentes agences ou établissements d'Etat : AFSSAPS, ANAES, ARH ...), les partenaires sociaux, dont la légitimité historique à gérer l'assurance maladie trouve notamment son fondement dans l'assiette massivement salariale des recettes (et qui administrent, entre autres, les trois caisses nationales : CNAMTS, CCMSA, CANAM, les caisses régionales et locales, et les URCAM), la Mutualité française, dont la présence au sein des conseils d'administration des caisses d'assurance maladie est prévue par la loi en raison de sa mission d'intérêt général, et enfin les professionnels de santé eux-mêmes, puisqu'ils ont, dans le secteur libéral, vocation à définir par l'intermédiaire de leurs syndicats représentatifs et par voie conventionnelle les conditions de leur exercice.

Les collectivités locales ne jouent pour l'instant qu'un rôle second, si l'on excepte la présidence des conseils d'administration d'hôpitaux publics par le maire de la commune ou son représentant. Les autres assurances complémentaires n'ont pas de présence officielle sur le plan institutionnel. Enfin, les assurés sociaux sont aujourd'hui exclusivement représentés par les syndicats de salariés au sein des mêmes conseils, sachant que leur désignation par voie électorale a, pour le régime général, été juridiquement supprimée en 1996. Certaines personnalités qualifiées, désignées dans ces conseils, sont toutefois issues du milieu associatif.

1) Le Haut Conseil estime que l'enchevêtrement des compétences explique en partie, et en tous cas favorise, les dérives du système

Le Haut Conseil considère que la présence combinée de plusieurs décideurs, et notamment le partage de compétence entre l'Etat et les organismes d'assurance maladie, est inévitable. Le système d'assurance maladie est un système complexe. Il ne peut se limiter à la seule question des remboursements : il fait d'abord intervenir des tiers, c'est-à-dire tous ceux qui effectuent des soins ; il est ensuite – et on l'a longuement montré plus haut – indissociable des questions d'organisation des soins, des problématiques générales de santé publique, et des aspects sociaux et médico-sociaux de la prise en charge.

En d'autres termes, la pluralité institutionnelle constitue une de ses données structurelles.

Le Haut Conseil attire toutefois très vigoureusement l'attention sur le fait que, si le partage des tâches est inévitable, celui qui prévaut aujourd'hui paraît particulièrement complexe, et constitue un puissant facteur d'inefficacité.

Pour établir cet enchevêtrement, et ses conséquences néfastes pour la « gouvernance » de l'assurance maladie, le Haut Conseil a fait l'exercice qui consiste à examiner les responsabilités, non pas à partir des institutions telles qu'elles existent, mais en partant de chacune des grandes fonctions fondamentales que doit assurer tout système de soins et d'assurance maladie : fixation du cadre juridique et financier global, organisation du système, gestion du risque, allocation des ressources etc.

Sur tous ces grands axes, le même constat se répète : les compétences, et notamment les compétences de l'Etat et des organismes d'assurance maladie, sont la plupart du temps empilées et enchevêtrées. Ce qui non seulement gêne l'action de chaque institution, mais surtout conduit à ce que certaines fonctions ne sont pas correctement assurées.

C'est le cas, au premier chef, de la fonction de cadrage financier, qui consiste à « tenir » l'équilibre des dépenses et des recettes. Confiée, en principe, aux organismes nationaux d'assurance maladie par les ordonnances de 1967, cette délégation n'a, ensuite, jamais été pleinement assumée, y compris par l'Etat qui l'avait consentie. La réforme de 1996 a voulu modifier cette logique en confiant au Parlement le soin de fixer un objectif annuel de dépenses, dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale. Mais aucun des instruments de régulation successivement mis en place (versements, lettres-clés flottantes), d'ailleurs tous successivement abandonnés, n'a permis d'assurer la tenue de l'objectif annuel. De sorte que sa fixation, qui aurait dû constituer un progrès, est aujourd'hui sans portée effective, et donc largement discréditée.

Le Haut Conseil estime qu'il est urgent de redonner de la légitimité à l'objectif voté par la représentation nationale, en envisageant tout à la fois les modalités d'une élaboration partagée avec les acteurs de la santé, et les formes (par exemple, la pluri-annualité) et surtout les mécanismes de redressement, qui permettraient d'en garantir le respect.

Le Haut Conseil a, dans la même ligne, constaté l'existence de beaucoup d'autres problèmes de frontière préoccupants entre les compétences de l'Etat et les pouvoirs formellement dévolus aux caisses d'assurance maladie. Ainsi, il apparaît que la dissociation stricte du contrôle des dépenses entre « soins hospitaliers » et « soins de ville » fait obstacle, notamment au plan local, aux démarches les plus cohérentes d'optimisation des soins et de redressement des comptes. Il apparaît ensuite, au sein des soins de ville, que l'objectif des « dépenses déléguées », dont les organismes d'assurance maladie sont légalement tenus d'assurer le respect, ne comporte pas l'ensemble des prescriptions – alors même que c'est à ces organismes qu'il revient d'en vérifier les modalités sur le terrain, et d'en négocier l'amélioration par la voie conventionnelle. Et il apparaît enfin que cette voie conventionnelle, pour des raisons qui tiennent en partie à la Constitution et à l'interprétation qu'en donne la jurisprudence constitutionnelle, est étroitement cantonnée dans son champ et dans son exercice : l'Etat fixe son cadre par la loi, suit les négociations en amont, et en approuve les résultats en aval.

Ces exemples, et plusieurs autres, conduisent le Haut Conseil à ce constat préoccupant que, dans le contexte de dérive financière précédemment établi, ni le Parlement, ni le gouvernement, ni les caisses d'assurance maladie n'exercent ni ne disposent de responsabilité claire sur la tenue des objectifs de dépenses.

2) Le Haut Conseil constate de graves carences dans les outils de « pilotage » du système

Le Haut Conseil attire également l'attention sur les carences en matière d'instruments d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins. Là encore, les manques qui sont constatés peuvent très souvent s'expliquer par l'absence d'un responsable explicitement désigné, ou par l'absence de répartition précise des tâches.

Ainsi, le Haut Conseil a notamment pu constater les insuffisances notoires en matière d'élaboration, et plus encore, de diffusion des références de bonnes pratiques de soins. De nombreux

acteurs y contribuent : il s'agit à l'évidence d'un processus complexe, qui comporte à la fois des aspects très techniques, des dimensions de pédagogie, des dispositifs d'incitation – voire des questions de logistique – et qui doit donc, très normalement, mobiliser beaucoup d'intervenants. Mais l'orchestration d'ensemble n'est pas assurée. Il n'est pas possible, aujourd'hui, sur ce point capital, de se fixer collectivement des buts pratiques et quantitatifs ambitieux, et d'en demander compte à un organisme qui aurait tous les moyens d'aboutir.

De même, aucune collaboration efficace entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes d'assurance complémentaire, ou aucune participation active des professionnels de santé à la gestion du risque, ne sont envisageables sans que soit organisé un large accès aux informations médicalisées sur la consommation de soins.

Le Haut Conseil relève avec attention les craintes qui s'expriment quant au respect du secret médical individuel. Il s'agit d'une liberté fondamentale, dont il ne suffit pas d'affirmer le principe : il faut aussi que les instruments de sa protection concrète soient mis en place avec suffisamment de rigueur. Cela n'ôte rien, cependant, à l'immense effort qui reste à faire pour renverser un certain état d'esprit chaque fois qu'il s'agit de données ou de rapprochements de données dont la divulgation ne peut ni porter atteinte au secret médical, ni servir, à l'insu de l'assuré, à une sélection du risque : c'est alors le partage d'information qui doit être la règle, et la rétention l'exception.

Enfin, et pour donner encore un autre exemple, les outils d'audit et de contrôle de la gestion du système, c'est-à-dire de mesure permanente, et critique, de l'usage des ressources, de l'organisation des services – aussi bien sanitaires qu'administratifs – et de l'efficacité de leurs résultats, sont notoirement insuffisants.

Plus que de simples instruments, il s'agit d'une fonction complète, et d'un axe de responsabilisation des dirigeants des différentes structures. La dépense publique d'assurance maladie est, on l'a dit, et pour des raisons qui tiennent souvent aux principes mêmes du système, une dépense largement administrée. On ne peut donc pas compter sur les stratégies d'optimisation spontanées, telles que le marché peut les susciter. Une meilleure connaissance des mécanismes économiques et de formation des coûts, et l'introduction d'outils élaborés de pilotage et de gestion, non seulement sur le volume mais sur le bon emploi des fonds, n'en sont que plus indispensables.

3) Le Haut Conseil considère que les évolutions institutionnelles, qui sont nécessaires, doivent impérativement associer transfert de compétences et transfert de responsabilité

En conclusion, il apparaît au Haut Conseil que plusieurs dysfonctionnements institutionnels retentissent sérieusement sur le fonctionnement du système de soins et de prise en charge. Ceux-ci sont d'importance et de nature très diverses : il y a les étanchéités et les rigidités d'organisation au sein même des institutions, à commencer par l'Etat ; il y a, entre les institutions, et notamment entre l'Etat et les organismes d'assurance maladie, des confusions de pouvoirs et de responsabilités ; il y a, enfin, l'accumulation quelques fois caricaturale d'organismes de gestion – que l'on pense, par exemple, à la multiplicité d'intervenants au niveau régional.

La conséquence en est, souvent, l'absence de décideur identifié et pleinement responsable. D'où une plus grande difficulté à surmonter les multiples et inévitables résistances aux réformes ; l'extrême lenteur de déploiement de certains outils indispensables (volet médical de la carte Vitale, dossier médical partagé, tarification à la pathologie, réforme de la nomenclature, système national

d'information, etc ...) ; et le fait que des instruments tels que la formation professionnelle continue ou les référentiels de bonne pratique ne parviennent pas à s'installer de manière dynamique.

L'urgence est triple : chaque fois que possible, mieux répartir, par entités cohérentes, les pouvoirs et les responsabilités ; à défaut, stabiliser les frontières de compétence sur des bases claires, afin de mieux organiser le dialogue entre les institutions appelées à se coordonner ; enfin, instaurer aux divers degrés des formes de délégation et de responsabilisation plus nettes à l'égard des cadres dirigeants.

Le Haut Conseil estime qu'il faut, en outre, agir franchement dans le sens d'une plus grande diversité d'expressions démocratiques et de représentations directes des usagers, dans les différentes instances du système d'assurance maladie.

S'agissant des répartitions de pouvoirs, il n'entraîne pas dans les perspectives du présent rapport, qui porte sur l'état des lieux et le diagnostic, que le Haut Conseil y propose des redécoupages de compétences pour l'avenir. On peut cependant affirmer que la question institutionnelle n'est pas une question seconde. Sa solution commande le bon fonctionnement du système de soins, et la conduite organisée des changements qu'il faut y apporter.

De nombreux schémas de « gouvernance » peuvent évidemment s'opposer. Le Haut Conseil estime qu'ils devront cependant se rejoindre sur au moins deux points.

D'une part, ils doivent procéder, lorsque cela est crédible, par délégation globale de compétence à un acteur précis. Le système repose trop, aujourd'hui, et à tous les niveaux, sur des pilotages coordonnés, dans lesquels chaque partenaire conserve en réalité son autonomie et ses prérogatives.

D'autre part, cette délégation de pouvoirs doit s'accompagner d'une pleine responsabilité de celui qui bénéficie de la compétence, qui l'oblige à rendre des comptes sur les résultats que l'on attend de lui. Sur bien des points – à commencer par l'équilibre financier – il est aujourd'hui possible, et nécessaire, que la collectivité se fixe des objectifs ambitieux, non seulement qualitatifs mais aussi quantitatifs : diminution de la consommation de médicaments, diffusion de référentiels, évaluation des pratiques, égalité des conditions d'accès aux soins sur le territoire, etc.

C'est en liaison avec de tels objectifs, et pour se mettre en capacité de les tenir, qu'il convient de penser les nouvelles répartitions institutionnelles.