



LIVRE BLANC SUR LA PROTECTION SOCIALE

**le système de santé
et son financement :
les évolutions nécessaires**



LIVRE BLANC SUR LA PROTECTION SOCIALE

Le présent Livre Blanc retrace les principales propositions de la MGEN en matière de protection sociale.

Explicitant la doctrine de la MGEN en ce domaine, le Livre Blanc constituera notamment le vecteur des propositions que la MGEN souhaite porter au débat des élections de 2012.

Son élaboration est volontairement progressive et démocratique. Elle intègre notamment :

- les travaux des assises et assemblées générales de 2011 à Besançon ;
- les travaux menés en 2011 et 2012 par la Commission Sécurité sociale ;
- les débats menés lors des régionales de novembre 2011 sur les principales problématiques de l'évolution de notre système d'Assurance maladie.

Ce premier document comporte les propositions de la MGEN pour un système de santé solidaire et universel.

Il sera complété par un second document relatif aux principales problématiques des branches famille, retraite, accidents du travail et maladies professionnelles ainsi que celles liées à la dépendance.

Ainsi courant 2012 la MGEN prévoit-elle la diffusion d'un document consolidé intitulé « Livre Blanc sur la Protection sociale » exposant l'ensemble de la doctrine de la MGEN sur l'avenir de la Protection sociale.

PRÉAMBULE

2012 : Contexte et bilan de la Sécurité sociale

« La Sécurité sociale est la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances, il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes. Trouvant sa justification dans un souci élémentaire de justice sociale, elle répond à la préoccupation de débarrasser les travailleurs de l'incertitude du lendemain, de cette incertitude constante qui crée chez eux un sentiment d'infériorité et qui est la base réelle et profonde de la distinction des classes entre les possédants sûrs d'eux-mêmes et de leur avenir et les travailleurs sur qui pèse, à tout moment, la menace de la misère. La réalisation d'un tel but est subordonnée à un ensemble complexe de mesures qui engagent toute la politique économique et sociale du pays : mesures économiques tendant à éviter les crises en assurant un équilibre permanent des activités, organisation de l'emploi assurant à chacun des possibilités de travail, garanties des salariés contre l'arbitraire des embauchages et des congédiements, politique des salaires fournissant à chaque travailleur des moyens suffisants d'existence, politique de lutte contre la maladie et de prévention des accidents du travail ».

Extrait de l'exposé des motifs de l'Ordonnance du 4 octobre 1945 (Texte non paru au JO)

La Sécurité sociale : une valeur européenne partagée

En 2012, considérant le contexte social et économique dans lequel se trouvent les différents pays européens, cet exposé des motifs de l'Ordonnance de 1945 conserve toute légitimité.

Caractéristique marquante de l'Europe, les systèmes de protection sociale sont pourtant confrontés à un certain nombre de défis communs :

- répondre à la demande en matière de prestations et de services liés à la santé et au bien-être ;

PRÉAMBULE

- intégrer dans le modèle social et économique de la Sécurité sociale le vieillissement de la population et l'évolution des dépenses de santé liées aux innovations médicales ;
- tenir compte du contexte actuel de mondialisation et de la crise économique ayant entraîné un accroissement du recours à la Sécurité sociale en plus d'une réduction des ressources disponibles.

Certains pays récemment entrés dans l'Union européenne optent pour des approches offrant une grande « liberté de choix » aux citoyens dans les systèmes de protection sociale. Mais comment faire en sorte que ceux-ci disposent d'informations nécessaires pour comprendre les enjeux de leur système de Sécurité Sociale et de son financement et pour agir de manière plus éclairée en tant qu'acteurs de ce système ? Si la posture consumériste ne peut être éludée, elle ne peut non plus conduire à remettre en cause les principes de solidarité et d'universalité des systèmes de protection sociale qui ont fait leurs preuves notamment en temps de crise. Sans doute s'agit-il de favoriser l'égalité plus que la liberté.

La Sécurité sociale : amortisseur de crise et moteur de croissance économique

Durant la crise, les systèmes publics de Sécurité sociale ont joué un rôle sans équivalent d'amortisseur social et de stabilisateur économique.

La Sécurité sociale a permis aux pays qui en disposaient de mieux résister à la crise économique que ceux qui en étaient dépourvus. Mais ce rôle d'amortisseur de crise en fait aujourd'hui un bouc émissaire. En effet, le soutien apporté à la consommation a conduit à des déficits publics d'une ampleur telle que les gouvernements ont choisi de les résorber en limitant les prestations, à commencer par les pensions vieillesse.

La santé est non seulement valorisée par les individus mais elle contribue aussi à renforcer la croissance économique.

L'allongement de la durée de vie a des effets positifs sur la croissance ; en particulier le capital humain et la population augmentent lorsque progressent l'espérance de vie et la consommation de soins médicaux.

Et si l'étude des tendances présentes et futures des moteurs de croissance met immanquablement en exergue la question de savoir s'il existe un point culminant à cette évolution des dépenses de santé, les prévisions démontrent qu'elle se poursuivra jusqu'en 2020, suivant ainsi l'allongement de la durée de la vie.

Mais des comptes sociaux dans le rouge

“ Cf. les travaux de R. Hall et C. Jones - Université de Berkeley ”

Revue Problèmes économiques juillet 2007

Si la hausse spectaculaire des dépenses de santé est habituellement expliquée par le progrès technique mettant à disposition des patients et des professionnels de santé de nouveaux traitements et des équipements de pointe, entraînant mécaniquement de nouvelles demandes, d'autres travaux avancent une autre hypothèse : **la santé est devenue un bien supérieur dont la demande augmente plus rapidement que le revenu.** En

effet, à mesure que notre niveau de consommation progresse, l'arbitrage entre prestations de santé et biens de consommation ordinaires se fait au détriment de ces derniers.

À l'origine, les déficits du régime général de la Sécurité Sociale étaient systématiquement repris par le Trésor Public permettant ainsi de remettre les compteurs à zéro. Aujourd'hui l'Agence Centrale des Organismes de Sécurité sociale, si elle emprunte à court terme, doit régulièrement transférer son déficit de trésorerie à la CADES qui se refinance sur les marchés financiers en empruntant à moyen et long terme.

La caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) créée en 1996, a ainsi pour mission de prendre en charge la dette du régime général de la Sécurité sociale qui avait été accumulée depuis 1994.

“ Pour le Conseil de l'Europe, la cohésion sociale est « la capacité de la société à assurer le bien-être de tous et à éviter les disparités et la marginalisation (...) le bien-être ne peut être atteint que s'il est partagé. Une partie de l'humanité ne peut vivre bien si l'autre est dans le mal-être ou si elle y parvient aux dépens des générations futures, en léguant à ses propres enfants et petits-enfants un monde incertain, aux ressources appauvries ». ”

PRÉAMBULE

Le remboursement de ces emprunts est assuré par plusieurs recettes issues de la Contribution au Remboursement de la Dette Sociale (CRDS), d'une partie de la Contribution Sociale Généralisée (CSG), et de manière plus limitée par des recettes du Fonds de Réserve des Retraites et des prélèvements sur les revenus du capital¹.

Pour lui permettre de rembourser sa dette croissante, sa durée de vie a déjà dû être prolongée jusqu'en 2025 alors que sa mission se terminait initialement en 2009.

Ainsi plutôt que de rechercher des voies de financement pérennes et suffisantes à l'équilibre de notre modèle social, l'Assurance maladie est privée d'une partie de ses ressources par des dettes que nous contractons aujourd'hui et reportons sur les générations futures.

Et des inégalités sociales de santé qui, en France, s'aggravent

L'objectif du système de santé français est double : améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population et améliorer celui de chaque individu quelles que soient son origine ou son appartenance sociale, en référence à l'idéal démocratique. Si le premier objectif a été atteint avec l'augmentation continue de l'espérance de vie et le gain d'années de vie sans incapacité, on peut s'interroger sur le second : depuis deux décennies, on observe en France une aggravation des inégalités sociales de santé. Celle-ci est d'ailleurs particulièrement marquée en France en termes de mortalité précoce par rapport aux autres pays de l'UE.

Les disparités sociales de santé doivent être considérées comme des inégalités sociales. Il s'agit d'inégalités socialement construites, et par conséquent injustes car indépendantes de la volonté de la personne. En cela, elles sont modifiables par des

“ Rapport sur les inégalités sociales de santé, sortir de la fatalité ”

*Haut Conseil
de la santé publique
Décembre 2006*

¹ La CADES est financée à hauteur de 40,3% par la CRDS, de 36% par la CSG, de 13,8% par le Fond de Réserve pour les Retraites et de 9,9% par un prélèvement sur les revenus du capital.

politiques publiques de santé adaptées et notamment des programmes de promotion de la santé tenant compte des déterminants de santé, y compris des facteurs environnementaux.

L'accès aux soins médicaux a été longtemps considéré comme le déterminant majeur de la santé, dans une approche individualiste. Or de nombreuses études mettent en évidence d'autres déterminants extérieurs au système de soins en amont du curatif : les déterminants socio-économiques, environnementaux et comportementaux mais aussi l'implantation différentielle des établissements et des professionnels de santé sur le territoire. Ces déterminants multiples se cumulent et interagissent.

Dans sa réponse à la consultation de la Commission Européenne sur les inégalités en matière de santé, en avril 2009, la MGEN a exprimé sa conviction que l'UE n'a pas encore suffisamment investi le champ de l'observation des déterminants de santé. L'amélioration de l'état de santé des populations n'est plus un objectif suffisant, il faut désormais avoir l'ambition de réduire les inégalités sociales de santé en assurant leur suivi via les outils statistiques adéquats.

Pour la MGEN, il convient également de soutenir des activités de promotion de la santé et faire que la prévention vers tous les publics, et notamment ceux à risque, soit une priorité.

S'appuyant sur ces constats, la MGEN, forte de son expérience de 65 ans, entend être force de propositions afin que les principes de solidarité, d'universalité et de responsabilité de notre système de protection sociale puissent évoluer à la mesure des enjeux de la société d'aujourd'hui.

Tel est l'objet du présent livre blanc : proposer au regard des grands enjeux de 2012 en matière de protection sociale des pistes de réformes et d'évolutions garantissant d'une solidarité nationale renouée. Si l'Assurance maladie et le système de santé sont pour la MGEN au cœur de cet enjeu (1^{re} partie du Livre Blanc), les propositions qui s'y rapportent s'inscrivent

PRÉAMBULE

dans une réflexion d'ensemble sur l'avenir de notre système de Sécurité sociale, toutes branches confondues (2^e partie du Livre Blanc - À paraître).

L'avenir de notre système de protection sociale relève d'un véritable choix de société dépassant très largement les seuls enjeux électoraux de l'année 2012.

LIVRE BLANC SUR LA PROTECTION SOCIALE

Le système de santé et son financement : les évolutions nécessaires

SOMMAIRE

Introduction | 17

**Constats et principales
préconisations** | 21

Conclusion | 79

Glossaire | 83

INTRODUCTION

L'organisation du système de santé doit être réétudiée et son financement est contraint d'évoluer. Cependant, aucune avancée ne pourra être réalisée sans que les attentes, besoins et inégalités de notre société ne soient pris en considération. Dans ces conditions, les problématiques spécifiques de santé, et plus particulièrement celles rencontrées par les femmes, doivent devenir une priorité.

La MGEN est ainsi convaincue que le meilleur moyen de préserver un système de santé universel et solidaire dont l'organisation ferait la preuve de son efficacité, est d'en garantir le financement. Or, les mutuelles sont aujourd'hui positionnées par les pouvoirs publics comme des collecteurs d'impôts indirects, des supplétifs à un désengagement progressif mais ininterrompu de l'Etat et qui s'est accentué depuis 2004. Ainsi, en 2010, et pour la première fois en 65 ans, la MGEN a été contrainte d'adopter en urgence et par voie délibérative exceptionnelle une hausse des cotisations liée à l'augmentation de la taxation sur la santé. Le même scénario a dû être réitéré en 2011. Au total, en 2012, le niveau de taxe appliqué sur la santé atteint 13,27 %.

On ne peut pourtant passer au second rang les enjeux et perspectives de la Sécurité sociale, et notamment de notre système de santé.

Il est en effet inconcevable de laisser déconstruire à bas bruits cette œuvre collective que constitue la Sécurité sociale pour un jour s'apercevoir que l'architecture de notre société a désormais changé de nature. De collective elle serait devenue segmentée, de solidaire elle deviendrait désunie, d'universelle elle serait individualiste et déstructurée, de démocratique elle ne serait plus qu'oligarchique. Avec la Mutualité, la MGEN souhaite porter au débat :

- le délitement du fait solidaire dans notre système mutualisé de protection sociale ;
- la nécessaire égalité d'accès à la santé dans des conditions financières raisonnables ;

“ Les dépenses de santé, une augmentation salutaire ? ”

*Brigitte Dormont
CEPREMAP
Février 2009*

INTRODUCTION

- la nécessité de rechercher de l'efficacité des prises en charge ;
- le besoin de réaffirmer que notre système de santé est bien centré sur les patients et leur famille.

Placer au cœur du débat public la Sécurité sociale et le système de santé, c'est accepter de les discuter, de les faire évoluer, mais c'est aussi leur donner un avenir en évitant leur condamnation faute d'avoir su les adapter à temps. Défendre la pérennité de la Sécurité sociale et de notre système social dans son ensemble constitue la meilleure façon d'exprimer nos valeurs de dignité, de solidarité et d'égalité.

CONSTATS ET PRINCIPALES PRÉCONISATIONS

**D'un système de soins
à un système de santé** | 23

**Pour un nouveau pacte en faveur
d'une Assurance maladie
solidaire et universelle** | 55

**Garantir l'équilibre financier
de la Sécurité sociale pour
en assurer la pérennité** | 65

D'un système de soins à un système de santé

Améliorer l'accessibilité financière
aux soins de santé

Réformer structurellement
l'organisation
des soins de santé

Pour un accompagnement en santé
adapté à l'âge et à l'état
de santé de chacun

Améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé

Des restes à charge mal évalués faute d'indicateurs pertinents

Pris isolément, les indicateurs macroéconomiques montrent que les ménages français ne financent a priori qu'une très faible part de leurs dépenses de santé (moins de 10 %, soit un peu plus de 20 euros en moyenne par personne et par mois).

Pourtant, les études catégorielles des dépenses de santé montrent qu'une frange de la population continue de devoir assumer un reste à charge important :

- 90 % des assurés en ALD supportent un reste à charge moyen de 245 euros (il est de 145 euros en moyenne pour 90 % des autres assurés),
- près de 8 % des assurés en ALD supportent un reste à charge annuel de plus de 1 000 euros (2,5 % des non-ALD supportent le même niveau de reste à charge).

“ 66% de la population française pense que l'on est mieux soigné lorsque l'on est aisé ”

CREDOC, enquête
Conditions de vie
et aspirations
Juillet 2010

Loin de garantir une réelle accessibilité aux soins de santé, les différentes mesures d'exonération² laissent à la charge des assurés des dépenses qui peuvent se révéler importantes, tout particulièrement pour les plus malades. Parallèlement, le coût des ces mesures n'est actuellement pas évaluable, faute de données disponibles³.

² Exonérations du ticket modérateur et de la participation forfaitaire à 18 €, exonérations du forfait journalier hospitalier, exonérations de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises.

³ Cour des Comptes, Rapport 2011 sur la Sécurité sociale.

C'est pourquoi la MGEN condamne ces mécanismes en raison de leur inefficacité et de leur caractère culpabilisant à l'égard des patients.

Se référant aux travaux conduits par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, la MGEN considère que l'accessibilité financière à la santé doit pouvoir être mesurée à l'aune :

1. des restes à charge après intervention de l'Assurance Maladie Obligatoire incluant le coût des prélèvements sociaux,
2. des restes à charge après intervention de l'Assurance Maladie Obligatoire et de l'Assurance Maladie Complémentaire, incluant le coût pour les ménages des couvertures complémentaires,
3. de l'accessibilité financière à des soins de santé « efficaces », c'est-à-dire de qualité et au juste coût,
4. des renoncements aux soins.

La MGEN condamne les mesures telles que les franchises et dispositifs similaires, dont l'efficacité en termes de gestion du risque santé n'est pas démontrée et ce d'autant qu'elles se trouvent être culpabilisantes pour les patients.

■ L'origine des restes à charge: révélateur de l'iniquité des financements du système de santé

Des restes à charge largement dominés par les dépassements d'honoraires et les soins coûteux

Si 70 % des assurés ayant eu recours aux soins de santé en 2008 ont un reste à charge (RAC) après intervention de l'AMO au plus égal à 500 €, 5 % ont un RAC dépassant 1 500 €⁴. Aussi, en dépit de la couverture assurée par les régimes de base, des RAC tout à fait significatifs existent pour certains assurés sociaux.

Pour les personnes dont le RAC est en moyenne de plus de 2 000 € par an, la part des soins de ville est largement prépondérante :

- les soins de prothèses dentaires en constituent plus du quart,

⁴ Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, rapport annuel 2011, Ibid.

- entrent ensuite dans ces restes à charge les honoraires médicaux, les soins hospitaliers, les médicaments et l'optique,
- plus les restes à charge sont importants, plus la part du RAC issue de la liberté tarifaire est importante : elle compose plus de la moitié du montant annuel des RAC les plus élevés.

Parmi les restes à charge les plus importants figurent les dépassements d'honoraires, c'est-à-dire la possibilité de fixer librement pour les professionnels de santé le tarif de leurs actes, au-delà du tarif opposable (tarif de responsabilité Sécurité sociale).

Alors que le dépassement moyen ne représentait que 23 % du tarif opposable en 1985, en 2010, celui-ci s'établit à 54 %, ce qui correspond à une somme de 21 100 euros par médecin (80 000 euros pour les chirurgiens). Par ailleurs, en 2010, 60 % des spécialistes qui se sont nouvellement installés ont débuté leur activité en secteur 2. La situation est d'autant plus préoccupante que dans certaines zones géographiques, 90 % des spécialistes exercent en secteur 2 (Paris, Rhône, Hauts-de-Seine ...).

La pratique des dépassements d'honoraires a également facilité la poursuite de l'installation des spécialistes en zones déjà sur-dotées, compensant ainsi un nombre de consultations moins élevé qu'en zones normalement dotées.

Se généralisant, les dépassements d'honoraires creusent les inégalités d'accès aux soins. Aussi, de plus en plus d'assurés sociaux se trouvent dans l'obligation de différer leurs soins, voire d'y renoncer. Ni pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire, ni couverts par la majorité des garanties complémentaires, les dépassements d'honoraires sont souvent à la charge directe des ménages.

“ Part des individus déclarant s'imposer des restrictions budgétaires en matière de soins médicaux :
3% en 1980
13% en 2010 ”

CREDOC, enquête
Conditions de vie
et aspirations
juillet 2010

La MGEN considère que les dépassements d'honoraires sont un frein majeur à l'accessibilité financière aux soins de santé. La révision de certaines pratiques tarifaires, et l'association du paiement à l'acte à d'autres modes de rémunération, doivent permettre d'envisager leur suppression progressive (cf. « Réformer structurellement l'organisation des soins »).

Les ALD: un dispositif socialement utile, bien qu'inadapté à l'ensemble des besoins

Une liste de 30 groupes d'Affections dites de Longue Durée (ALD) est fixée par décret sur avis de la Haute Autorité de Santé: si, à l'origine, l'admission en ALD nécessitait un critère de durée et de coût de la maladie, depuis 1986 seul subsiste le critère de durée.

Fin 2010, près de 9 000 000 de personnes relevant du régime général sont en ALD, soit 15 % des assurés⁵, alors que 15 000 000 de personnes souffrent de maladies chroniques.

Le régime des ALD concentre 65 % des remboursements de l'Assurance maladie. En 2009, 31,2 milliards d'euros ont été remboursés aux bénéficiaires du régime général ayant une affection de longue durée pour les prestations de soins de ville, dont 24,8 milliards d'euros en rapport avec les pathologies déclarées⁶. Sous les effets combinés de la démographie, du vieillissement et de l'intensification des soins, la part que représentent les remboursements au titre des ALD pourrait atteindre 80 % de l'ensemble des dépenses de l'Assurance maladie d'ici à 2020. Ce régime dérogatoire impacte donc très significativement le budget de l'AMO.

La question de l'efficacité du régime des ALD se pose avec acuité. Les restes à charge des personnes en ALD sont de plus en plus importants et

⁵ Sources: Cnamts - DSES. Fin 2007, tous régimes confondus, près de 9,4 millions de personnes bénéficiaient du régime des ALD (*Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale sur les affections de longue durée*, J.-P. Door - Décembre 2008). Tous les chiffres donnés pour 2007 sont issus de ce rapport.

⁶ Une estimation du coût du dispositif des ALD en soins de ville pour le régime général d'Assurance maladie, Audrey Baillot (DREES).

de nature à remettre en cause l'accès aux soins de ces personnes : après intervention de l'AMO et de l'AMC, ils représentent 227 euros /an pour les personnes en ALD et 118 euros/an pour les non-ALD⁷.

Or, compte tenu de la corrélation négative entre niveau de vie et état de santé, les personnes économiquement les plus modestes sont plus fréquemment en ALD que les autres. Ils subissent de ce fait une double inégalité en santé.

Ainsi, la progression des maladies chroniques et le vieillissement de la population se traduisent par une « inflation du coût » des ALD, tant pour le régime obligatoire que pour les mutuelles et les ménages.

Par ailleurs, le caractère administratif marqué de ce régime et la lourdeur des protocoles de soins qui y sont associés sont dénoncés par les professionnels de santé.

Aussi, alors qu'il est pourtant censé garantir aux personnes souffrant de maladies longues un accès financier aux soins de santé, le régime des ALD est de plus en plus remis en cause.

La MGEN considère que le régime des ALD doit être revu dans le cadre d'une réflexion globale sur les restes à charge tenant compte notamment de l'ensemble des déterminants sociaux de santé, et ce afin d'éviter toute stigmatisation des publics concernés.

Repenser notre modèle de couverture pour une redistribution équitable de nos ressources

La MGEN considère que les mécanismes dits de « bouclier sanitaire » ne sont actuellement pas à même de garantir un accès aux soins de santé juste et équitable :

1. À l'image du mécanisme des franchises, un système de bouclier sanitaire constituerait facilement la variable d'ajustement du déficit

⁷ Mission Bouclier Sanitaire - R. Briet, B. Fragonard - sept 2007.

de l'Assurance maladie. Les pouvoirs publics seraient dans ce cas amenés à élever progressivement le seuil d'intervention du bouclier sanitaire, ce qui pénaliserait de plus en plus de ménages et notamment les classes moyennes ;

2. Laisser un certain pourcentage de revenu à la charge des ménages pour le paiement de leurs frais de soins de santé entraînerait des conséquences très différentes selon le niveau de revenu disponible des ménages ;
3. Ne traitant pas de la prise en charge des dépassements d'honoraires, le mécanisme du bouclier sanitaire continuerait de faire peser sur les personnes ayant le plus recours aux soins des restes à charge importants (que ce soit directement ou par l'intermédiaire des couvertures complémentaires qu'ils financent) ;
4. Mécanisme financier, le bouclier sanitaire ne traiterai ni de l'organisation des soins, ni de la prise en charge efficiente des maladies chroniques. Or, pour la MGEN, toute réforme des mécanismes de financement de l'Assurance maladie ne peut être dissociée d'un examen des modes de prise en charge, tenant notamment compte des évolutions épidémiologiques ;
5. Le bouclier sanitaire serait susceptible de conduire à « une médecine à deux » vitesses entre les plus modestes et les plus aisés. Pour les premiers, le bouclier assurerait une meilleure prise en charge économique sans qu'une réelle qualité de couverture ne soit pour autant garantie. A l'inverse les plus aisés utiliseraient l'offre développée à leur intention par leur assureur avec des garanties étendues ;
6. Le bouclier sanitaire pourrait conduire à une répartition arbitraire du financement des coûts des soins, laissant aux seules complémentaires - et par défaut - certaines prestations telles que l'optique, le dentaire ainsi que la prise en charge de tout ou partie des dépassements d'honoraires. Plus largement, si l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) se désengageait totalement de la prise en charge de certaines dépenses de santé, le principe d'universalité du système de santé serait remis en cause tout comme, d'un point de vue assurantiel, le modèle économique de l'assurance santé complémentaire.

La MGEN considère qu'un mécanisme de « bouclier sanitaire » est contraire aux principes d'équité et de solidarité du système de santé.

L'ensemble des acteurs (Etat, AMO, AMC, professionnels de santé, représentants des assurés sociaux) doit être impliqué dans une réflexion portant sur la répartition des restes à charge et leur financement, tenant notamment compte de l'augmentation des maladies chroniques.

Toute nouvelle proposition devra s'inscrire dans le cadre d'une réflexion d'ensemble sur l'organisation du système de santé, les conditions de prise en charge à l'hôpital et la rémunération des professionnels de santé.

Pour un financement universel de l'Assurance maladie complémentaire

Au fil des politiques de responsabilisation du patient, le degré de socialisation publique des dépenses de santé s'est réduit, entraînant de multiples transferts de charges vers les ménages. Suite aux désengagements du Régime Obligatoire et à l'instauration de franchises, l'acquisition d'une couverture complémentaire est ainsi devenue indispensable à l'accès financier aux soins de santé.

Parallèlement, des dispositifs tels que la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) et l'Aide pour l'Acquisition à la Complémentaire Santé (ACS) ont dû être mis en place pour faciliter l'adhésion des plus précaires à une couverture complémentaire. Cependant, en l'absence d'une vision globale et cohérente, ces dispositifs n'atteignent aujourd'hui que partiellement leurs objectifs. Ils souffrent par ailleurs d'un manque de lisibilité et créent de multiples effets de seuil qui appellent à leur refonte, première étape pour la mise en place d'une véritable Assurance maladie universelle.

■ La CMU-C : une couverture maladie complémentaire à l'universalité limitée

En permettant aux populations qui ne sollicitaient plus le système de santé - pour des raisons économiques - de le faire à nouveau à hauteur de leurs

besoins, la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) a répondu à de multiples attentes.

Palliant l'insuffisance de revenus pour adhérer à une couverture complémentaire d'Assurance maladie et supportant l'avance des frais, ce dispositif solvabilise la demande de soins. La CMU-C a effectivement favorisé l'accès aux soins des plus défavorisés et offre un « panier de soins » élargi par rapport à l'Assurance maladie obligatoire.

Aussi, fin 2010, le dispositif concernait 4,32 millions de personnes, soit un taux d'adhésion de 80 % de la population cible, pour un coût estimé à 1,4 Mds d'€⁸.

“ Un professionnel de santé sur quatre exerçant à Paris refuse de soigner les patients les plus défavorisés ”

Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU C à Paris - C. Despres, IRDES, 2009

Mais, annoncée comme universelle, cette couverture gratuite reste limitée pour plusieurs raisons :

- certains bénéficiaires ne sont pas exempts de restes à charge importants, générant des renoncements aux soins,
- une partie du public éligible à la CMU-C n'y recourt pas, les bénéficiaires n'étant pas spécifiquement informés de leurs droits, ni accompagnés tout au long de leur parcours de santé,
- confrontés à des refus de soins de la part des professionnels de santé, les titulaires de ce dispositif voient leur accessibilité aux soins entravée. Ainsi le taux de renoncement aux soins reste plus élevé que dans le reste de la population.

Face à ces constats, la MGEN estime qu'il est possible d'agir pour un accès plus universel à la santé des populations cibles de la CMU-C. Elle préconise de :

- mettre en place des dispositifs d'information systématiques, annuels et individuels à l'attention de toute personne bénéficiaire potentielle du dispositif (l'Etat, les collectivités locales et les organismes de Sécurité sociale sont en mesure de les identifier) explicitant leurs droits et conditions d'accès à la CMU-C,

⁸ Comptes du fonds CMU, 2010.

- mettre en œuvre un dispositif d'information adapté pour ceux qui en bénéficient. La précarité et la fragilité de ces personnes ne s'éteignant pas dès leur entrée dans la CMU-C, c'est un effort continu qu'il faut réaliser pour faciliter leur accès concret au système de santé,
- informer régulièrement les bénéficiaires de la CMU-C sur les conditions de délivrance des soins par les professionnels de santé, en vue de limiter les refus de soins. Les conditions de recours en cas de manquement de ces professionnels à leurs obligations de prise en charge devraient être réexaminées, via par exemple une inversion de la charge de la preuve en cas de refus de soins.

■ L'ACS : un dispositif au champ d'application restreint et à l'efficacité réduite

Censée répondre aux effets de seuil créés par la CMU-C, l'Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS) permet aux ménages dont les revenus dépassent le plafond de la CMU-C de bénéficier d'une réduction de la prime ou de la cotisation d'assurance pour l'adhésion à une couverture complémentaire. Modulé en fonction de l'âge des personnes composant le foyer, ce crédit d'impôt donne à son bénéficiaire le droit à une dispense d'avance de frais sur le tarif de base de la Sécurité sociale. Ainsi, en théorie, cette aide joue-t-elle un rôle de clé d'entrée dans la complémentaire santé contribuant ainsi à un meilleur accès aux soins.

Néanmoins, son champ d'application restrictif et les montants accordés (200 € par an pour une personne âgée de 16 à 49 ans) limitent ses effets. Ainsi, les couvertures complémentaires souscrites grâce à cette aide sont inférieures dans 61 % des cas à celles dont bénéficie le reste de la population⁹. Par ailleurs, le plafond de l'ACS

“ Les bénéficiaires potentiels de l'ACS sont estimés à 2 millions. Au 1^{er} août 2011, on recensait plus de 604 000 utilisateurs d'attestations d'ACS soit 30 % de la population éligible. Le coût de ce dispositif est estimé à 100 millions d'euros ”

(Source : Fonds CMU)

⁹ Cour des Comptes, Rapport annuel sur les lois de financement de la Sécurité sociale, 2006.

(874 euros au 1^{er} janvier 2012 pour une personne seule en métropole) étant inférieur au seuil de pauvreté (949 euros), des personnes pourtant considérées comme des plus précaires se retrouvent exclues du bénéfice d'une couverture complémentaire pour des raisons financières.

Le mécanisme de l'ACS apparaît d'autant plus difficile d'accès qu'il s'adresse à une population souvent en grande difficulté face aux démarches administratives à effectuer pour en bénéficier.

Dans une première étape, la MGEN estime indispensable :

- d'étendre le champ d'application de l'ACS à toutes les formes de précarité et donc, *a minima*, aux personnes dont les revenus se situent en-deçà du seuil de pauvreté,
- d'améliorer la lisibilité du dispositif, notamment en rendant plus clairs les courriers et les documents remis aux populations cibles,
- d'instituer un parcours d'accompagnement des bénéficiaires de l'ACS par les organismes gestionnaires du dispositif.

■ Apporter une réponse globale à la solvabilisation des soins de santé

Considérant l'ensemble des problématiques que posent les dispositifs actuels d'accès au système de santé, la MGEN souhaite qu'une réflexion plus large sur leur refonte soit menée et qu'une réforme ambitieuse soit engagée.

La MGEN préconise l'étude des conditions d'instauration d'un dispositif d'incitation généralisé à l'adhésion aux mutuelles de santé (de type crédit d'impôt). Ce mécanisme se substituant aux différentes aides et mesures compensatoires, il en supprimerait les effets de seuil. Il serait constitué d'une aide financière directe pour les ménages non imposables et d'un crédit d'impôt dégressif pour tous les autres, constituant ainsi une incitation forte à l'adhésion à la mutuelle.

Les bénéficiaires, dans leur ensemble, resteraient ainsi des assurés sociaux de droit commun, évitant les stigmatisations et pratiques discriminatoires à l'égard des plus démunis. Parallèlement, les Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie pourraient s'engager dans des dispositifs conventionnels permettant un accès de tous à des soins de qualité. Dans la continuité de ses orientations, la MGEN préconise que les mutuelles soient actives et volontaristes dans ce domaine.

Enfin, avec un montant modulé, non plus en fonction de l'âge des personnes composant le foyer, mais selon leurs revenus, la progressivité du dispositif serait accrue, ce qui favoriserait véritablement l'accès aux soins de santé.

Réformer structurellement l'organisation des soins de santé

La MGEN considère que l'organisation du système de soins doit permettre à chaque usager du système de santé de pouvoir bénéficier en toute situation d'un parcours de santé adapté, efficace et de qualité. Cela suppose :

- une réorganisation profonde de la médecine de premier recours pour l'adapter à la prise en charge des maladies chroniques,
- une organisation de la gradation des soins sur les territoires,
- une exigence absolue de sécurité et de qualité des soins,
- un dispositif de communication et de coordination des soins entre les professionnels reposant principalement sur le dossier médical personnel (DMP).

Garantir l'accessibilité aux soins de premiers recours

■ Par une juste répartition des médecins libéraux exerçant en médecine de ville

Suivant l'augmentation constante du nombre de médecins libéraux (de 59 000 en 1968 à 209 000 en 2011), la densité médicale s'est accrue régulièrement en France : de 119 médecins pour 100 000 habitants en 1968, le pays en compte 335 en 2009. Cette densité médicale devrait connaître une nouvelle hausse à horizon 2030, après avoir connu une légère diminution entre 2013 et 2019¹⁰.

Malgré ces chiffres décrivant une tendance favorable, les disparités géographiques s'accroissent. C'est notamment le cas entre les zones urbaines et les zones rurales isolées, mais également entre les centres villes et certaines banlieues. Aussi, si les projections montrent que la

¹⁰ Rapport sur la Sécurité sociale - Cour des Comptes, Septembre 2011.

densité médicale a vocation à augmenter, dans le même temps, les disparités géographiques ne sont pas appelées à se réduire compte tenu des conditions d'installation des professionnels de santé libéraux¹¹.

Les disparités géographiques d'exercice de la médecine de ville renforcent les inégalités de santé et constituent de réelles pertes de chance dans le recours aux soins.

La MGEN estime que ces disparités sont constitutives d'une rupture d'égalité nécessitant des mesures publiques contraignantes et un engagement responsable des mutuelles.

Les dispositifs existants s'avèrent en effet disparates et inefficaces, qu'il s'agisse du *numerus clausus*, des épreuves classantes nationales ou des mesures favorisant la médecine générale dans le cursus de formation. Parallèlement, les aides financières d'Etat, des collectivités territoriales ou de la Sécurité sociale ont conduit à un bilan décevant¹². C'est pourtant dans ce contexte que le gouvernement a récemment décidé de reculer sur la mise en place du contrat santé solidarité¹³ prévu par la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) : toute référence à une sanction pour les médecins qui refuseraient de signer un tel contrat a en effet été supprimée.

Compte tenu de ces éléments, la MGEN estime nécessaire :

- l'instauration de mesures financières contraignantes jouant un véritable rôle de désincitation à l'installation en zones sur-dotées et favorisant l'exercice en zones sous-dotées,
- un appui renforcé et durable à l'exercice de la médecine libérale en groupe au travers des pôles et maisons de santé pluridisciplinaires. Cet appui répondrait ainsi au souhait des praticiens de disposer de nouveaux modes d'exercice de la médecine libérale¹⁴ et faciliterait leur exercice en zone sous-dotée,
- le développement des coopérations entre professionnels de santé.

¹¹ Sources : IRDES - Questions d'Economie de la Santé n° 164 – avril 2011.

¹² La majoration de 20 % de la rémunération des médecins généralistes exerçant en groupe dans les zones déficitaires a coûté 20 M€ en 2010 pour 773 bénéficiaires et un apport net de 50 médecins dans les zones déficitaires depuis 2007 - Rapport sur la Sécurité sociale - Cour des Comptes, Septembre 2011.

¹³ Article 43 de la loi du 21 juillet 2009.

¹⁴ Dans leur ensemble, les médecins, dont la population tend à vieillir et à se féminiser, aspirent à une disponibilité plus importante pour leurs temps de loisirs et à un exercice partagé ou en groupe de leur profession.

Conjointement, les mutuelles ont un rôle à jouer en faveur d'une meilleure répartition des médecins libéraux sur le territoire.

D'une part, les dépassements tarifaires pratiqués par certains médecins libéraux sont à la fois cause et conséquence de leur installation en zone sur-dotée. La pratique des dépassements permet en effet de compenser une baisse de patientèle, ce qui encourage par ailleurs l'installation de nouveaux praticiens (essentiellement spécialistes) en secteur 2. Aussi, en prenant en charge tout ou partie des dépassements d'honoraires, les OCAM, non seulement soutiennent le financement de cette pratique, mais en outre contribuent aux disparités de répartition de l'offre de santé libérale sur le territoire.

La MGEN considère que de telles pratiques sont contraires à la responsabilité d'acteurs de santé des organismes financeurs. C'est pourquoi celles-ci ne peuvent entrer dans le cadre d'un partenariat responsable entre l'Etat, l'Assurance maladie et les organismes complémentaires.

D'autre part, le conventionnement au niveau local constituerait un moyen de régulation efficace de la densité médicale. Une fois autorisées à contractualiser avec les professionnels de santé au même titre que les autres organismes complémentaires, les mutuelles pourraient influencer significativement l'installation des médecins libéraux. Le volume des conventionnements serait alors ajusté par zone géographique et par spécialité.

Place et organisation de la médecine de proximité

Les inégalités géographiques et financières d'accès aux soins de premier recours, ainsi que la place prise par l'hôpital dans le parcours de soins, font du développement d'une médecine de proximité efficiente et accessible par tous et partout le défi de notre système de santé.

Actuellement, l'hôpital remplit un certain nombre de missions qui relèvent de la médecine de premier recours et joue ainsi le rôle de « centre de santé », ce qui entraîne :

- des coûts supplémentaires, les prises en charge étant plus élevées à l'hôpital en raison des moyens mobilisés,
- la mobilisation d'équipes médicales, et notamment d'équipes médicales d'urgence, pour le traitement de cas relevant de la médecine de proximité,

- une mauvaise coordination des parcours de santé, du fait de l'absence d'articulation entre les professionnels de santé exerçant des activités médicales, paramédicales et sociales lors de la sortie de l'hôpital.

Ainsi, l'hôpital doit-il être recentré d'une part sur ses missions de service public et d'autre part sur des actes nécessitant le recours à des plateaux techniques de haute valeur ajoutée.

Parallèlement, pour être véritablement le point d'entrée dans la prise en charge en santé et le pivot de l'organisation des soins, la médecine de premier recours doit relever rapidement plusieurs défis.

■ Des défis organisationnels

Il s'agit aujourd'hui de rendre les soins de premier recours accessibles à tous et partout sur un modèle d'organisation des prises en charge associant chaque acteur de santé au bon niveau de savoir-faire et de responsabilité.

Le parcours de santé doit s'organiser autour du **médecin généraliste**, véritable médecin référent et coordonnateur, et inclure le dépistage, le soin, la prévention, l'éducation thérapeutique et l'éducation pour la santé.

Ainsi, médecins et paramédicaux doivent intégrer la prévention individuelle dans les soins de 1^{er} recours, et réaliser les actes correspondants soit directement, soit par de nouvelles coopérations.

L'éducation thérapeutique du patient, aux frontières de la prévention et du soin, doit être largement développée, la France ayant acquis un important retard par rapport à bon nombre de pays européens en ce domaine. Or, dans la prise en charge des maladies chroniques, l'éducation thérapeutique se révèle être l'activité centrale d'accompagnement du patient pour une meilleure prise en charge et une meilleure maîtrise des dépenses (apprentissage de la gestion de la maladie, limitation des hospitalisations et des recours en urgence, meilleure gestion des pluripathologies et limitation des risques iatrogènes).

Les maisons de santé pluridisciplinaires, les centres de santé et les pôles de santé présentent des modes de fonctionnement qui permettent de répondre aux exigences organisationnelles et financières de la médecine de premier

recours. Pour ce faire, certaines conditions doivent être respectées :

- le modèle économique des centres de santé doit être redéfini pour être viable,
- les maisons, les pôles et les centres de santé doivent permettre un accès aux soins de premier recours sans reste à charge et avec des mécanismes de tiers payant systématiquement appliqués,
- les coopérations doivent être généralisées entre médecins et professions paramédicales, plus particulièrement concernant les maladies chroniques et l'éducation thérapeutique.

Pour une meilleure coordination des soins, le développement de la médecine de premier recours passe également par l'utilisation des technologies de l'information et de la communication. La généralisation du Dossier Médical Personnel (DMP) est à cet égard indispensable.

■ Des défis tarifaires

Développer la médecine de premier recours nécessite de revaloriser cette activité, que ce soit en termes d'accès à la formation continue des praticiens, de richesse des parcours professionnels ou de rémunération.

La MGEN considère que les modes de rémunération doivent être adaptés à la nouvelle organisation des soins. Si la rémunération des médecins libéraux doit pour partie continuer de reposer sur l'acte, les autres modes de rémunération doivent prendre une part significative dans le paiement de l'activité.

Dans ces conditions, les temps de coordination doivent être rémunérés, afin de favoriser le développement de l'exercice en groupe et les interventions pluridisciplinaires autour d'un même cas clinique. En outre, les forfaits doivent être développés prioritairement pour la prise en charge des malades chroniques dans la perspective d'une prise en charge continue, pluridisciplinaire et associant davantage les professionnels paramédicaux. Enfin, les conditions des coopérations entre professionnels de santé doivent être définies d'un point de vue technique, juridique et financier. Ces pratiques doivent ainsi pouvoir être largement diffusées sur l'ensemble du territoire national.

CONSTATS ET PRINCIPALES PRÉCONISATIONS

D'un système de soins à un système de santé

Ces modes de rémunération font actuellement l'objet d'expérimentations. Leur généralisation, prévue à compter de 2013, devra être garante d'une évolution mesurée des dépenses structurelles de la médecine de proximité. Les mutuelles doivent participer à ces évolutions, que ce soit dans le cadre des expérimentations en cours ou lors de la définition des conditions de leur généralisation.

Le mode de paiement à l'acte doit parallèlement être revu. La convention UNCAM 2011 prévoit ainsi une rémunération à la performance. Si la MGEN est favorable à ce qu'une rémunération unique de base puisse être modulée en fonction de l'atteinte d'objectifs de santé publique, toute nouvelle installation en médecine de ville doit être fonction de la dotation géographique de la zone d'activité concernée.

Une grande partie des actes techniques est réalisée dans les établissements de santé privés et leur rémunération est indissociable de la tarification à l'activité. Une juste rémunération de ces activités doit être établie dans le cadre de la classification commune des actes médicaux excluant tout recours aux dépassements d'honoraires.

Ainsi, la rémunération de l'acte libéral doit reposer sur un seul secteur incluant une rémunération de base identique pour tous les médecins libéraux d'une même spécialité. Cette rémunération de base pouvant être augmentée selon des objectifs de santé publique.

Plaçant au centre du parcours de santé le médecin généraliste en tant que médecin référent et coordonnateur, la MGEN préconise :

- la révision des pratiques tarifaires sur la base, d'une part, de nouveaux modes de rémunération pour les activités cliniques, et, d'autre part, d'une harmonisation de la rémunération des actes techniques dans le cadre de la classification commune des actes médicaux,
- l'extinction progressive du secteur 2.

Ces évolutions doivent être conduites dans des conditions conventionnellement définies par l'Etat, l'Assurance maladie, les mutuelles et les professionnels de santé.

La place de l'hôpital dans le parcours de santé

Concernant les établissements de santé, la MGEN réaffirme le rôle central de l'hôpital public dans la structuration du tissu hospitalier. Celle-ci devra se faire en relation avec les Établissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC). Sans cette coopération, la problématique des déserts médicaux serait encore plus aiguë qu'elle ne l'est en 2012.

Les missions d'intérêt général et les actions concertées (MIGAC) réalisées par ces établissements ne sont pas couvertes par la tarification à l'activité. Elles doivent pour autant être correctement rémunérées. A cet égard, la MGEN est opposée au dispositif de gel des MIGAC mis en place depuis 2010 dans le cadre de la régulation de l'ONDAM. Un tel dispositif rend en effet aléatoire la prise en charge des missions de service public.

La MGEN souhaite une révision générale du dispositif de tarification à l'activité de façon à mieux tenir compte de la lourdeur des pathologies traitées. La MGEN s'oppose en cela au dispositif actuel de convergence tarifaire qui s'appuie sur des bases de tarification non comparables entre les prises en charge réalisées par l'hôpital public et les ESPIC, d'une part, et les établissements privés lucratifs, d'autre part.

Le renforcement du secteur public hospitalier passe par le développement de la coopération entre les établissements publics, via les communautés hospitalières de territoires. Ce n'est qu'en soutenant ce développement que la gradation des soins pourra s'organiser sur les territoires de santé dans une optique de sécurité et de qualité. De même, la constitution de groupes entre ESPIC doit permettre de renforcer le secteur hospitalier non lucratif et mutualiste, structures indispensables à la coordination et à l'accessibilité aux soins.

Pour un accompagnement en santé adapté à l'âge et à l'état de santé de chacun

Placer la promotion de la santé et la prévention au service de la réduction de toutes les inégalités

■ Politiques publiques de promotion de la santé et de prévention

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci¹⁵. Ainsi, il s'agit d'un processus social et politique global qui comprend des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus. Elle recouvre également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. La promotion de la santé est un processus devant permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de santé et d'améliorer leur santé¹⁶.

Les actions de prévention constituent le principal moyen de mise en œuvre des politiques de promotion de la santé. Or, promotion de la santé et prévention relèvent des politiques publiques.

Pour que la prévention soit effectivement un levier essentiel de réduction des inégalités de santé, il est nécessaire que :

- les actions de prévention soient basées sur les déterminants de santé économiques, sociaux et culturels des publics auxquels elles s'adressent,

“ Etude E3N, Etude Epidémiologique auprès de femmes de la MGEN ”

(Source : Inserm)

¹⁵ Référence : Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, OMS, Genève, 1986.

¹⁶ Glossaire Promotion de la santé, OMS, Genève.

- les programmes de promotion de la santé et les actions de prévention fassent l'objet d'une élaboration et d'une évaluation concertées entre les institutions publiques et les opérateurs concernés. Ainsi, les actions de prévention destinées aux jeunes doivent-elles être élaborées dans le cadre d'une collaboration interministérielle impliquant les ministères et directions de l'Education nationale, de la Jeunesse et des Sports, de la Santé et de la Famille,
- les programmes de prévention soient évalués à l'aune de la réduction des inégalités de santé, sur la base d'indicateurs validés et tenant compte des déterminants de santé,
- toute politique publique intègre la mesure de son impact sur l'état de santé des populations.

La MGEN considère que la prévention doit constituer, sur la base d'une véritable loi de santé publique, l'un des axes forts de toute politique de santé contribuant à réduire la mortalité évitable et améliorer la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques.

La prévention constitue en outre un levier majeur de lutte contre les inégalités de santé et il doit en être tenu compte dans le cadre de l'ensemble des politiques publiques. Cela doit notamment passer par une évaluation systématique de l'impact des mesures prises dans le cadre de ces politiques publiques sur la santé des populations.

Le champ de la prévention en France se caractérise par une situation paradoxale : s'il apparaît difficile d'évaluer les moyens qui y sont consacrés annuellement, tant son organisation est complexe et ses modes de financement divers, celle-ci apparaît également comme le parent pauvre du système de santé.

En effet, la dispersion des moyens et l'organisation des modalités de financement (sous la forme d'appels à projet annuels) rendent l'action des acteurs spécialisés dans ce domaine difficile à inscrire dans la durée et peuvent entraîner un manque de cohérence.

C'est pourquoi les Fonds d'intervention régionaux des Agences Régionales de Santé (ARS) doivent être augmentés, afin de développer des actions collectives de prévention au niveau régional.

La MGEN considère que les actions individuelles de prévention menées par les professionnels de santé font partie intégrante du processus de soin. Elles doivent à ce titre être financées sur le risque maladie.

■ Le rôle des mutuelles en matière de prévention

En tant que mutuelle de la Fonction publique, gestionnaire du régime obligatoire, la MGEN met en œuvre les actions de prévention développées par l'Assurance maladie obligatoire.

En tant que mutuelle professionnelle, la MGEN développe des programmes de prévention adaptés à ses publics cibles. C'est ainsi que la MGEN s'investit, aux côtés des employeurs publics, dans la promotion de la santé et la prévention au sein de la communauté éducative.

En tant que mutuelle gestionnaire de couvertures maladie complémentaires, la MGEN accompagne ses adhérents dans le domaine de la prévention.

Ainsi, prenant toute la mesure de son rôle de gestionnaire du risque santé et d'acteur de santé, la MGEN s'implique directement dans la promotion de la santé. Elle considère ce champ d'activité comme un élément incontournable de la différenciation mutualiste.

La MGEN souligne que la mise en œuvre de toute politique de prévention, par l'Etat comme par les mutuelles, ne peut s'affranchir d'une réflexion plus globale sur les déterminants de santé. Elle doit également s'accompagner d'une vigilance permanente à l'égard des différentes politiques publiques qui impactent la santé des populations : logement, jeunesse, éducation, emploi, environnement, aménagement du territoire...

La MGEN place la prévention au cœur de la stratégie de promotion de la santé et considère que les actions de prévention ne peuvent être efficaces si l'environnement, les conditions de vie, économiques, sociales et culturelles ne cessent de se dégrader, et/ou si les actions mises en œuvre ne s'appuient que sur les individus, s'affranchissant ainsi d'une responsabilité collective et sociétale.

Les stratégies de promotion de la santé et de prévention mises en œuvre par les mutuelles ne peuvent intervenir que dans un second temps, c'est-à-dire sur la base des politiques publiques de santé intégrant ces champs qui relèvent de la responsabilité première de l'Etat.

Promouvoir la santé comme principe d'action d'intérêt général conciliant bien-être et efficacité au travail

Rarement la question de la santé des travailleurs s'est posée avec autant d'acuité. Que ce soit en raison de l'intensification du travail ou de la résurgence des risques psycho-sociaux et des troubles musculo-squelettiques, les professionnels de santé dans le milieu du travail ont tout pour s'imposer comme porteurs d'une médecine moderne, à l'interface entre l'homme et son environnement.

Or, les services de santé au travail sont en crise. La discipline est jugée peu attractive et d'aucuns s'interrogent sur son avenir. Faute d'expertise et de perspectives, ce dispositif pourrait s'éteindre en dépit de ses atouts et de ses potentialités.

C'est dans ce contexte que la MGEN a choisi d'établir au rang de priorité la définition d'une vision nouvelle de la santé au travail, indispensable à une meilleure prise en compte des personnels, mais aussi à une valorisation des professionnels qui y participent.

■ Renforcer, structurer et redynamiser la médecine professionnelle

Aujourd'hui, un médecin en Équivalent Temps Plein suit en moyenne 3 050 salariés¹⁷. Ce chiffre est d'autant plus préoccupant dans la fonction publique d'État où il atteint un ETP pour 5 000 agents, et même un pour 17 000 au ministère de l'Éducation nationale¹⁸. Les professionnels de la santé au travail se trouvent ainsi de plus en plus dans l'incapacité d'accomplir leurs missions.

A titre d'illustration, en 2009, seuls 5,5 % des agents de l'Éducation nationale ont pu bénéficier du suivi médical quinquennal et 4,4 % du suivi médical particulier¹⁹. Par ailleurs, les médecins de prévention n'ont le plus souvent ni le temps, ni les moyens de consacrer un tiers de leur temps à l'étude des conditions de travail, ce qui relève pourtant de leur mission. En conséquence, la nécessité de faire évoluer tant l'organisation du dispositif, que les métiers qui y concourent, est criante.

La MGEN est favorable aux évolutions actuelles qui tendent vers une prise en charge pluridisciplinaire et coordonnée en matière de santé au travail.

Par ailleurs, la médecine professionnelle doit être valorisée en tant que discipline médicale, et ce dès la formation initiale des médecins.

Une plus grande reconnaissance de la profession passe également par une association des médecins du travail à la définition des politiques de santé publique et des travaux de veille sanitaire.

Enfin, la MGEN préconise l'ouverture de possibilités de reconversion pérenne vers la médecine du travail pour les professionnels de santé exerçant d'autres disciplines afin de générer de nouveaux recrutements.

¹⁷ C. Dellacherie, P. Frimat et G. Leclercq, La santé au travail : vision nouvelle et professions d'avenir, Rapport, avr. 2010.

¹⁸ Rapport annuel sur l'état de la fonction publique 2010-2011.

¹⁹ DGAFP, Bilan 2009 de l'application des dispositions relatives à l'hygiène, à la sécurité du travail et à la médecine de prévention dans la Fonction publique de l'État, déc. 2010.

■ Améliorer les conditions d'emploi des professionnels concourant à la médecine de prévention

Cette pénurie des ressources médicales dans le secteur de la santé au travail est essentiellement liée aux difficultés de recrutement. Ces dernières sont encore plus marquées au sein des services de médecine de prévention de l'administration en raison :

- de la fragilité du statut des médecins de prévention ; leurs conditions d'emploi étant d'ailleurs moins favorables que celles de leurs confrères exerçant dans le secteur privé,
- de la réduction des emplois dans l'administration touchant également cette profession,
- du manque d'infirmiers et de secrétaires médicaux.

La MGEN considère que la réponse aux enjeux de la santé au travail dans les Fonctions publiques passe par une amélioration du statut de la profession et par un nouveau mode d'organisation des services de santé au travail :

- un véritable statut de la profession de médecin de prévention doit être institué,
- le rôle du médecin de prévention doit être renforcé au sein d'équipes pluridisciplinaires,
- la représentation des médecins de prévention dans le cadre des institutions existantes (comités techniques, CHSCT) doit être réaffirmée.

■ Réinvestir le secteur de la recherche en santé au travail

Près de la moitié des enseignants hospitalo-universitaires aura atteint l'âge de la retraite en 2015. A ce jour, certaines facultés n'ont plus aucun enseignant en médecine du travail, ce qui réduit encore davantage l'attractivité de ce champ professionnel.

Ces lacunes se traduisent par un déficit en matière de recherche et de production scientifique française dans le champ de la santé au travail.

La MGEN appelle les pouvoirs publics à une redynamisation de la recherche en santé au travail, à la reconstitution d'un vivier d'enseignants hospitalo-universitaires dans cette discipline et à la création d'une agence nationale de veille et d'alerte sur la santé au travail.

Les appels à projet en faveur de la recherche scientifique en santé au travail et le développement de nouvelles thématiques de recherches, notamment sur les risques psycho-sociaux, doivent être les fers de lance de cette nouvelle politique publique.

Faire du milieu scolaire et universitaire un vecteur de promotion de la santé et de la prévention

L'état des lieux de la médecine scolaire et universitaire française, quels que soient les cursus de formation suivis, montre la situation préoccupante à laquelle ses acteurs doivent faire face. Au-delà des nombreuses missions qui lui ont été confiées au fil des années, sans véritable hiérarchie, le manque d'effectifs (1 500 médecins pour 12 millions d'élèves) pose la question de la valorisation de la profession, mais également de son attractivité.

Par ailleurs, faisant l'objet d'un pilotage limité, si ce n'est inexistant, les fonctions de la médecine scolaire sont peu, voire pas coordonnées avec les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI). En l'absence de partenariats entre le ministère de l'Éducation nationale et le ministère de la Santé, ce constat va même plus loin : la médecine scolaire ne s'avère pas articulée avec le système français de santé publique dans son ensemble. La situation de la médecine et de la promotion de la santé en milieu universitaire atteint un niveau de déficience tel, qu'une refondation est nécessaire.

La MGEN promeut le développement d'actions conjointes au service de la communauté éducative, notamment sur la base de partenariats avec des associations disposant de l'agrément requis.

La MGEN considère que promotion de la santé et prévention en milieu scolaire et universitaire constituent des enjeux de santé publique nécessitant un plan d'envergure fondé sur :

- un pilotage politique des ministères de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche,
- une expertise conjointe de ces ministères et du ministère de la Santé, pour définir des priorités et hiérarchiser les missions,
- une meilleure intégration de la mission des ARS auprès de la population scolaire et universitaire,
- la refonte des statuts professionnels des médecins et infirmiers scolaires et un alignement sur ceux des autres fonctions publiques,
- une répartition géographique des personnels en fonction des populations scolaires et universitaires accueillies.

Pour une véritable accessibilité à la santé

L'accès aux soins des personnes en situation de perte d'autonomie doit être considéré comme une des priorités de toute politique publique de santé souhaitant contribuer à la réduction des inégalités.

La formation des professionnels de santé à la prise en charge des personnes en situation de handicap ou de dépendance en constitue l'axe majeur. L'égalité d'accès aux soins de santé des publics en situation de perte d'autonomie passe en effet par :

- une amélioration de la relation soignant-soigné, rendant les diagnostics accessibles aux patients et à leurs accompagnants,
- une prise en compte de l'évolution des situations de perte d'autonomie à mesure du vieillissement de la personne,
- des parcours d'accompagnement médico-sociaux adaptés tout au long de la vie du patient.

La télémédecine offre des perspectives particulièrement intéressantes en matière de qualité et de sécurité du suivi à domicile. Elle permet

également de meilleures coordinations dans les prises en charges médico-sociales. Son développement doit ainsi constituer une priorité des politiques publiques en matière de prise en charge des personnes en situation de perte d'autonomie.

Afin de réduire les inégalités d'accès à la santé pour les personnes en situation de perte d'autonomie, la MGEN considère comme prioritaires :

- la formation des professionnels de santé à la prise en charge de ces publics,
- la diffusion de protocoles et savoir-faire visant à l'amélioration de la relation soignant - soigné,
- le développement de services de télémédecine pour un meilleur suivi des patients à domicile et une meilleure coordination des acteurs intervenant dans leur parcours de vie.

Plus généralement, la question de la santé ne peut plus être abordée du seul point de vue de la maladie. La santé est un élément constitutif du projet de vie de chacun incluant le bien-être, le développement personnel, l'épanouissement social et professionnel.

Ainsi, lors des rencontres « Ma santé et moi »²⁰ organisées dans toute la France par la MGEN, les intervenants ont été nombreux à dénoncer la déshumanisation du système de santé et la complexité des parcours de soins. Ne s'estimant ni écoutés, ni considérés comme acteurs de leur santé, les individus et les familles recherchent un accompagnement ne se limitant pas aux soins et à leurs remboursements. Celui-ci doit s'étendre à l'information, l'orientation et l'appui face aux difficultés rencontrées à certaines étapes de leur vie.

Tous expriment aujourd'hui leur aspiration à redevenir acteurs de leur santé pour ne plus être prisonniers de choix non-maîtrisés. Cette aspiration est d'ailleurs à croiser avec celle des soignants à la recherche d'une relation renouvelée avec leurs patients.

²⁰ Plus de 10 000 personnes ont participé à ces rencontres en 2011 et 2012.

CONSTATS ET PRINCIPALES PRÉCONISATIONS

D'un système de soins à un système de santé

L'Assurance maladie et les mutuelles se doivent aujourd'hui d'être présentes sur ces champs et prendre en compte l'individu dans sa globalité, y compris dans l'accompagnement de fin de vie.

Pour un nouveau pacte en faveur d'une Assurance maladie solidaire et universelle

Les enjeux liés à la nouvelle organisation
du système de santé français

Pour un nouveau partenariat
État - Assurance maladie - Mutuelles

La responsabilité renforcée des mutuelles
de fonctionnaires dans la gestion du régime
de l'Assurance maladie obligatoire

CONSTATS ET PRINCIPALES PRÉCONISATIONS

Pour un nouveau pacte en faveur d'une Assurance maladie solidaire et universelle

La MGEN a constamment soutenu l'instauration d'une assurance maladie universelle permettant le financement d'une couverture maladie obligatoire bénéficiant à tout individu.

Pour tendre vers ce dispositif, il est nécessaire de mettre en place une nouvelle organisation du système de santé ainsi que de définir un nouveau partenariat entre l'Etat, l'Assurance maladie et les Mutuelles.

Les enjeux liés à la nouvelle organisation du système de santé français

La création des ARS était nécessaire pour articuler les questions de santé publique, la régulation des dépenses et la réorganisation du système de santé, notamment de soins.

La réforme est cependant au milieu du gué et n'a pas encore porté tous ses fruits. Ainsi, l'implication insuffisante de l'Assurance maladie dans les ARS n'a pas permis de favoriser les synergies entre la gestion du risque et la réorganisation du système de santé, ni de décliner les dispositifs conventionnels avec les professionnels de santé dans chacune des régions. Par ailleurs, une plus grande autonomie des ARS s'avère nécessaire afin d'adapter davantage les actions aux contextes régionaux. Celle-ci passe par une plus forte implication des collectivités territoriales et des mutuelles. Il s'agit de construire une nouvelle démocratie sociale associant pleinement l'ensemble des acteurs du système de santé : professionnels de santé, élus locaux, associations représentant les usagers, organisations syndicales, organismes financeurs...

La MGEN estime nécessaire la création d'une Agence Nationale de Santé permettant d'assurer une cohérence d'ensemble aux actions pilotées par les ARS et une articulation entre santé publique, organisation du système de santé et régulation de la dépense. Cette agence devra regrouper des compétences aujourd'hui éclatées entre l'Etat et l'Assurance maladie et jouer le rôle de tête de réseau des agences régionales, alors véritables organismes déconcentrés de l'Etat.

Pour un nouveau partenariat État - Assurance maladie - Mutuelles

La loi du 13 août 2004²¹ acte du fait que l'Assurance maladie n'est plus le seul opérateur et financeur du système de santé. Elle associe l'Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (UNOCAM) à la prise de décision sur certains champs du fonctionnement et du financement de l'Assurance maladie.

Ce principe de la négociation tripartite, pourtant affirmé d'un point de vue légal, a souffert de l'absence d'un cadre de mise en œuvre permettant une vraie prise de responsabilité des différents acteurs. Ce processus a ainsi été à l'origine de nombreux blocages dans la prise de décision.

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009 systématise ces recours à la négociation tripartite et aux avis des organismes complémentaires mais n'a pas pour autant permis une mise en œuvre concrète de ces principes.

Ainsi, force est de constater, que dans la pratique ce principe de la négociation tripartite a été dénaturé, les négociations conduites entre l'UNCAM et les professionnels de santé n'associant pas l'UNOCAM dans le cadre d'une réelle démarche conventionnelle.

Pour la MGEN, nul ne peut plus feindre d'ignorer la part croissante, et devenue incontournable, prise par les organismes complémentaires, et notamment mutuelles, dans le financement et la gestion de l'accès à la santé. Toute mesure prise par le législateur ou l'UNCAM dans le cadre notamment des négociations conventionnelles avec les professionnels de santé impacte directement ces organismes qui, parallèlement, continuent

²¹ Article 55 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004.

CONSTATS ET PRINCIPALES PRÉCONISATIONS

Pour un nouveau pacte en faveur d'une Assurance maladie solidaire et universelle

d'être sollicités pour contribuer toujours davantage à la prise en charge en santé des assurés sociaux.

Ainsi, forte des principes de solidarité et d'égalité qui les caractérisent, la MGEN considère que les mutuelles occupent une place particulière dans l'organisation du système de santé et son financement.

La MGEN appelle à ce que les conditions de couverture des assurés sociaux soient posées sur la base d'une convention-cadre organisant les relations, les rôles et les responsabilités de l'Etat, de l'Assurance maladie obligatoire et des Mutuelles.

Acteurs solidaires et responsables en santé, les mutuelles souhaitent s'engager aux côtés de l'Etat et de l'Assurance maladie dans le cadre d'une démarche contractuelle.

Une convention-cadre doit ainsi reconnaître aux mutuelles leur place incontournable dans la prise de décision, et de ce fait :

- un droit à l'information systématique et partagée,
- une réelle association à la décision quant à la gestion de l'Assurance maladie,
- un droit de veto accordé aux mutuelles pour les dispositifs dont elles assurent majoritairement le financement.

La responsabilité renforcée des mutuelles de fonctionnaires dans la gestion du régime d'Assurance maladie obligatoire

Au confluent des dispositifs d'Assurance maladie obligatoire et complémentaire, les mutuelles de fonctionnaires jouent un rôle singulier et irremplaçable. La loi les habilite depuis 1947 à gérer le régime obligatoire d'Assurance maladie des fonctionnaires. Depuis cette date, il a été démontré que cette gestion plurielle d'un même régime était source d'efficacité et de performance.

Ainsi, pour la MGEN, les audits conduits par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) depuis 2009 démontrent une très bonne maîtrise des risques opérationnels dans la gestion du régime obligatoire, avec des mécanismes de contrôle interne et un système d'information performants. Le niveau de performance élevé dans la réalisation de ces activités démontre ainsi l'intérêt d'une gestion partagée de ce régime. Toutefois, une évaluation commune à l'ensemble des organismes gestionnaires du régime obligatoire (CPAM et mutuelles) est aujourd'hui indispensable à la comparaison de leurs résultats.

Par ailleurs, en matière de gestion du risque, la gestion du régime obligatoire pour un nombre significatif d'assurés sociaux a permis aux mutuelles de fonctionnaires, et notamment à la MGEN, de développer sur la base d'une solidarité intergénérationnelle élargie, une offre globale, incluant la dépendance, et financée par un niveau de cotisation accessible au plus grand nombre. La mutualisation de la prise en charge assurantielle des assurés dans le cadre du régime obligatoire et du régime complémentaire

est ainsi facteur de performance :

- quant à la connaissance des dispositifs de l'Assurance maladie et de leur gestion par les délégués et représentants des mutuelles, ces compétences étant profitables tant à la gestion des organismes d'Assurance maladie, auxquels ces représentants participent, qu'au pilotage des régimes complémentaires mis en œuvre par les mutuelles de fonctionnaires,
- quant à la connaissance du public couvert : la MGEN, mutuelle professionnelle, mutuelle gestionnaire du RO et mutuelle complémentaire dispose d'une capacité de suivi et de prise en charge en santé des assurés et adhérents particulièrement performante,
- quant au métier même d'assureur en santé que les mutuelles de fonctionnaires développent sur l'ensemble du champ de l'Assurance maladie obligatoire, complémentaire et de la dépendance.

Toutefois, actuellement limitées au cadre des contrats pluriannuels de gestion signés avec la CNAMTS, les mutuelles de fonctionnaires se trouvent aujourd'hui contraintes dans leur métier de gestionnaire du risque santé. Conformément à ce qui participait depuis 1947 de la « gestion du régime obligatoire », les mutuelles de fonctionnaires ont su développer un haut niveau de performance dans la liquidation des droits des assurés. Pour autant en 2012 la responsabilité que doivent endosser les mutuelles de la Fonction publique dans la gestion de ce même régime obligatoire dépasse cette mission de liquidation des droits et s'étend à la gestion du risque santé.

Il s'agit :

- de mettre en œuvre une gestion efficiente appelant à un certain niveau de mutualisation des moyens entre organismes de secteurs connexes,
- de définir et de mettre en œuvre des mesures de maîtrise des coûts et d'accompagnement en santé des assurés, notamment des patients souffrant des pathologies chroniques.

La MGEN considère comme nécessaire l'élargissement de la mission des mutuelles de fonctionnaires à la gestion du risque santé. Juste continuité de la responsabilité assumée depuis plus de 60 ans par les mutuelles de fonctionnaires, cette évolution dans la gestion de l'Assurance maladie obligatoire est garante d'une performance renouvelée pour l'ensemble du système d'Assurance maladie.

Garantir l'équilibre financier de la Sécurité sociale pour en assurer la pérennité

Maîtriser la croissance
des dépenses de santé

Auditer et maîtriser les manques
à gagner : le nécessaire calibrage
des « niches sociales et fiscales »

Prendre ses responsabilités vis-à-vis
des générations futures : apurer les déficits
cumulés de la CADES

Elargir les sources de financement
de l'Assurance maladie

Prendre en charge la dépendance : des
réponses nécessairement plurielles

« C'est lorsque les incertitudes et les inquiétudes de la population sont les plus grandes que le principe de solidarité doit, plus que jamais, trouver à s'appliquer. Pour maintenir la cohésion de la collectivité et la solidité du pacte social, les protections de base doivent être renforcées et le principe d'égalité garanti »²².

Confrontée à des bouleversements sans précédents, la pérennisation de notre système de santé et d'assurance-maladie n'a jamais autant été au cœur des enjeux économiques et sociaux. Une nouvelle approche doit aujourd'hui être proposée, permettant de garantir à la fois équilibre des comptes et équité entre les assurés sociaux. Cette évolution passe par la maîtrise de la croissance des dépenses de santé, la mobilisation de nouvelles sources de financement et une plus large fiscalisation des recettes.

La MGEN considère que les propositions relatives au financement de l'Assurance maladie ne peuvent être dissociées de celles sur l'organisation du système de santé et de son mode de gouvernance. Assurer la pérennité du système de santé passe par une triple réforme : fiscale, organisationnelle et de gouvernance.

²² D. Tabuteau, *Santé et assurance-maladie : l'inquiétante dilution des services publics*, Dr. Soc. N° 12, Déc. 2011.

Maîtriser la croissance des dépenses de santé

L'adaptation de l'évolution des dépenses aux caractéristiques de santé de la population française du XXI^e siècle doit conduire pouvoirs publics, Assurance maladie, mutuelles et professionnels de santé à mener les évolutions nécessaires à la maîtrise de la croissance des dépenses de santé. Il s'agit en effet de prémunir notre système de santé d'un renchérissement illimité du coût des soins et de conditions d'accès à la santé devenant de ce fait inégalitaires.

Pour autant, la maîtrise de la croissance des dépenses de santé ne doit en aucun cas conduire à un rationnement des soins, ni à de quelconques ajustements au détriment de la sécurité sanitaire et de la qualité des prises en charge.

Si la fixation annuelle du taux d'évolution de l'ONDAM constitue en matière de maîtrise de la croissance des dépenses de santé la mesure la plus immédiate et la plus parlante, elle ne doit pas obérer les mesures organisationnelles et de gouvernance qui doivent conduire le système de santé français à continuer d'évoluer favorablement pour une prise en charge universelle et solidaire en santé.

La MGEN considère qu'une politique de gestion du risque santé responsable et solidaire doit permettre de maîtriser l'évolution des dépenses, tout en améliorant l'état de santé de la population. L'ensemble des acteurs de santé (professionnels de santé exerçant en ville ou à l'hôpital, organismes financeurs obligatoires et complémentaires, assurés, établissements et services de soins) doivent en effet contribuer à cette évolution qui nécessite de :

- placer le patient au centre du système de santé,
- développer une politique de gestion du risque fondée sur la pertinence des actes et des prescriptions,
- décloisonner le système de soins et délivrer une prise en charge en santé graduée,
- définir des programmes prioritaires en santé sur la base d'objectifs évaluables et évalués.

Auditer et maîtriser les manques à gagner : le nécessaire calibrage des « niches sociales et fiscales »

En 2010, la Cour des comptes²³ recensait 178 « niches sociales » pour un coût estimé à 67 milliards d'euros soit au total 22,5 % des recettes de la Sécurité sociale. Bien qu'elles aient tendance à se multiplier, ces mesures ne font l'objet d'aucune évaluation et aboutissent à un ensemble hétérogène et stratifié impactant l'assiette des cotisations. Par ailleurs, leur effet sur l'emploi n'est à ce jour pas démontré.

Les allègements de charges apparaissent ainsi peu efficaces. Le Conseil des prélèvements obligatoires²⁴ relève que certains dispositifs sont mal ciblés et ont une efficacité rarement démontrée ou trop faible au regard de leur « coût exorbitant ». En d'autres termes, plusieurs mécanismes ne font que créer des effets d'aubaine et des inégalités.

C'est notamment le cas des dispositifs dérogatoires dont bénéficient les contrats collectifs obligatoires. La Cour des comptes²⁵ évalue les pertes totales de recettes

“ Sur la période 2007 - 2010 il a été créé en volume plus de nouvelles exonérations sociales (4,1 milliards d'euros), qu'il n'en a été supprimé (3 milliards d'euros d'économies réalisées). ”

*Cour des Comptes,
Rapports 2007 - 2010
sur l'application des lois
de financement de la
Sécurité sociale*

²³ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, sept. 2010.

²⁴ Conseil des prélèvements obligatoires, *Entreprises et niches fiscales et sociales. Des dispositifs dérogatoires nombreux*, oct. 2010 : www.ccomptes.fr.

²⁵ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, sept. 2011.

sociales et fiscales à ce titre à 4,3 milliards d'euros, soit près d'1/5^e du total des dépenses de soins et de biens médicaux pris en charge par les organismes complémentaires. Ces mesures apparaissent prohibitives et heurtent le principe d'équité : les salariés des grandes entreprises en sont en effet les principaux bénéficiaires, alors même qu'ils disposent par ailleurs des salaires moyens les plus élevés. Une large frange de la population, dont font partie les salariés ayant les conditions de travail les moins favorables, s'en trouve ainsi exclue.

Avant toute majoration des prélèvements existants ou recherche de nouvelles sources de financement, la MGEN préconise une évaluation de l'ensemble des niches sociales et fiscales. Une telle analyse devrait permettre la suppression d'avantages catégoriels dont l'efficacité est minime, voire contreproductive pour le financement d'un système de Sécurité sociale universel et solidaire.

La MGEN conteste les mesures inéquitables d'exemption et d'exonération dont bénéficient les contrats collectifs et qui conduisent à favoriser les seuls salariés des grandes entreprises se situant dans les tranches de rémunération moyennes à hautes.

A défaut de mesure globale (instauration d'un crédit d'impôt), la MGEN souhaite que soient examinées les conditions de réaffectation des montants correspondant à ces déductibilités fiscales et sociales au bénéfice notamment de la CMU-C et de l'ACS.

Prendre ses responsabilités vis-à-vis des générations futures : apurer les déficits cumulés de la CADES

Initialement créée par les ordonnances de 1996 pour amortir sur une durée de treize ans la dette du régime général de la Sécurité sociale, la Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale (CADES) a vu sa mission prorogée (jusqu'en 2025) au fur et à mesure du transfert de nouveaux déficits. Depuis sa création, la CADES a repris plus de 135 milliards de dettes²⁶, auxquelles vont venir s'ajouter les déficits du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse en 2009 et 2010, ainsi que les déficits prévus de l'assurance vieillesse pour la période 2011 - 2018 (soit 130 milliards supplémentaires au total).

La Contribution au Remboursement de la Dette Sociale (CRDS) rapporte 6 milliards d'euros par an à la CADES. Cependant, cette contribution spécifique s'étant avérée insuffisante pour résorber les dettes cumulées, la CADES s'est au fur et à mesure vue affecter de nouvelles recettes.

Considérant que la soutenabilité de la dette sociale ne peut se traiter par un transfert de financement sur les générations futures, la MGEN souligne l'absolue nécessité de cesser d'alimenter la CADES et de l'apurer. Son extinction doit ainsi être programmée à une échéance définie. Pour cela, la totalité du produit de la CRDS devra être affectée à l'extinction de cette dette et d'autres ressources temporaires pourraient y être associées.

²⁶ Rapport annuel du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie, 2010.

Dans le cadre de la politique budgétaire nationale, le financement pérenne du système de protection sociale nécessite des mesures de soutenabilité adaptées aux besoins de financement.

A ce titre, la MGEN souligne le fait que de telles mesures ne peuvent passer par un transfert des charges de financement sur les générations à venir.

Aussi, la MGEN souhaite qu'en référence aux principes constitutionnels régissant les finances publiques, le principe de non transfert des besoins de financement de la Sécurité sociale soit inscrit dans une loi organique ad hoc.

Élargir les sources de financement de l'Assurance maladie

Soumis à la pression de l'augmentation constante des dépenses, ainsi qu'à l'accumulation des déficits sociaux, tant structurels que conjoncturels, le financement de notre système de protection sociale doit faire face à un environnement mouvant qui l'oblige sans cesse à s'adapter. Si tous les acteurs s'accordent sur ce constat, la principale difficulté touche à la refonte de la structure des ressources affectées par la collectivité à son financement.

Une telle réflexion nécessite d'appréhender globalement notre système financier, économique et social. Dans le contexte économique mondial, il ne peut être fait abstraction des questions liées aux coûts de production et à la compétitivité des entreprises françaises. Aussi, une augmentation des cotisations sociales pesant sur le travail semble à ce jour difficilement envisageable.

Au-delà de la recherche de nouvelles recettes pérennes et dynamiques, la question de l'équité et de la redistributivité des prélèvements sociaux doit être réintroduite dans les débats.

Dans un tel environnement, la MGEN souligne la nécessité d'approfondir les différents travaux déjà réalisés afin d'aboutir à une réforme cohérente des recettes de l'Etat et de la Sécurité sociale. Ainsi, la MGEN considère qu'aucun prélèvement susceptible de financer notre système d'Assurance maladie ne peut être exclu a priori. Parallèlement, toute nouvelle recette doit favoriser une réduction des inégalités de revenus et faire l'objet de projections étayées dans le contexte de crise qui caractérise aujourd'hui les économies européennes.

Pour la MGEN, l'affectation des produits de la CSG au financement de la protection sociale doit être exclusive et la lisibilité de cette affectation garantie.

L'évolution vers une CSG progressive sur la base de taux différenciés en fonction des tranches de revenus ne devrait être envisagée que dans une révision du système fiscal français en faveur de plus de justice et ne remettant pas en cause les principes de contribution solidaire à la protection sociale.

Prendre en charge la dépendance : des réponses nécessairement plurielles

La MGEN considère que la prise en charge du risque dépendance relève d'une 5^e branche de la Sécurité sociale et doit intégrer une réponse à la fois financière et en nature avec trois objectifs :

- l'adaptation des modes de prise en charge et d'accompagnement,
- l'aide aux aidants familiaux,
- la formation des professionnels de santé.

L'expérience de la MGEN en matière de prise en charge de la dépendance lui permet d'affirmer que :

- **la dépendance relève de la politique nationale** : question de société, la dépendance ne peut se résoudre à des analyses actuarielles et oblige à des réponses multiples impliquant l'ensemble des acteurs publics et privés des sphères sanitaires, médico-sociales et sociales,
- **la dépendance implique d'imaginer de nouvelles solutions sociales** : la perte d'autonomie nécessite des solutions adaptées aux besoins des personnes concernées et de leur entourage, besoins qui se modifient avec l'âge et l'évolution des pathologies. Il s'agit d'organiser de manière transversale, entre les acteurs concernés, des réponses en termes d'information, de rupture de l'isolement, d'aide pour le maintien à domicile, d'hébergement ou de soutien aux aidants,

- **la dépendance est notamment une question de santé** et relève à ce titre de l'organisation des soins, de la mise en œuvre efficace du système de santé et d'une complémentarité des financements,
- **la dépendance relève de la solidarité nationale** : les mutuelles sont prêtes à prendre leurs responsabilités dans un cadre conventionnel et partenarial ne devant pas conduire à une nouvelle segmentation entre opérateurs publics et privés.

CONCLUSION

La santé, au cœur des enjeux économiques et sociaux

A l'heure où certains préconisent l'austérité budgétaire, l'efficacité des Etats bénéficiant d'un système de protection sociale organisé et leur capacité d'adaptation aux nouveaux enjeux du XXI^e siècle pourraient connaître des remises en question redoutables.

Cependant, c'est bien au plus fort de la récession et de son impact sur le marché du travail que cet « investissement social » a vu sa légitimité renouvelée et consolidée.

C'est en effet le niveau élevé des prestations sociales qui a limité le recul de l'économie française par rapport aux autres pays européens avec une diminution du PIB de 2,6 % en 2009, alors qu'au même moment l'Allemagne et la moyenne des pays de la zone euro connaissaient une baisse de PIB respectivement de 4,5 et 5 %. C'est également notre modèle de protection sociale qui a limité dans cette période l'augmentation du taux de chômage en France par rapport aux autres pays de l'OCDE. Dans le domaine de la santé, la part relativement restreinte des dépenses de santé restant à la charge des ménages (9,4 % de la consommation de soins et biens médicaux totale) a de plus contribué à amortir l'impact de la crise sur les publics les plus précaires.

Pour autant la détérioration des finances publiques et les inégalités qui subsistent, voire se creusent, dans l'accès aux soins obligent à repenser notre système de protection sociale. Une bonne gestion à long terme de l'Assurance maladie nécessite de résorber à la fois les déficits structurels et conjoncturels tout en maîtrisant la croissance des dépenses.

Or, si rien n'est fait, l'écart structurel entre la croissance des dépenses de santé et le PIB s'établirait entre 1,4 et 2,8 points de PIB en 2020. Face à ces constats, il n'est plus possible de résumer la pérennisation de notre

CONCLUSION

modèle social à la conjugaison d'une hausse des prélèvements affectés au financement de cette branche et d'une baisse des taux de remboursement.

Parallèlement, le secteur de la santé représente une part de plus en plus importante de l'économie française. Employant près de 3,2 millions de personnes, soit 12,7 % de l'emploi en France, et générant 192 milliards de valeur ajoutée, ce secteur est également vecteur d'innovations et a une forte propension à la recherche et au développement : 7,6 milliards d'euros dépensés en recherche médicale et pharmaceutique en 2010, soit près de 25 % de l'ensemble des dépenses du secteur privé en recherche et développement.

Alors que l'économie de la santé constitue l'économie du futur, il faut que la France continue de se donner les moyens de relever les défis de demain. C'est pourquoi il est nécessaire d'investir massivement dans des filières d'excellence pour lesquelles la France dispose déjà d'atouts significatifs. Trois secteurs répondent plus particulièrement à ces exigences : les applications issues du domaine cellulaire, les nanotechnologies appliquées à la médecine et les immuno-vaccins. Dans ces domaines en effet, la France dispose de centres de recherche reconnus au niveau international, d'équipements et d'infrastructures dédiés à la recherche et permettant de réaliser les expérimentations, ainsi que de sociétés européennes spécialisées rapidement mobilisables.

A la fois enjeu républicain, social et économique, l'évolution favorable de notre système de santé, et au-delà, de notre système de protection sociale, relève d'une responsabilité sociétale partagée. Ainsi l'ambition de ce Livre blanc ne se résume pas à définir la vision qu'a la MGEN de l'avenir de la Protection sociale. Il doit également servir à ce que chacun, en tant que citoyen, puisse être mis en capacité de débattre de ces sujets-clés.

Ce n'est en effet que si le plus grand nombre contribue au processus d'adaptation de notre société aux réalités économiques et sociales que les principes de solidarité et d'universalité pourront continuer d'être affirmés et consolidés.

GLOSSAIRE

ARS - Agence Régionale de Santé

Les ARS sont dotées de compétences très larges et mettent en œuvre les politiques nationales en matière hospitalière, de soins de premiers recours et dans le champ médico-social. Les ARS sont notamment compétentes en matière de santé au travail, de santé scolaire et universitaire et de santé en milieu pénitentiaire.

Les ARS sont également au centre de la contractualisation avec les offreurs de santé. A ce titre, elles concluent avec chaque établissement de santé, public ou privé, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens définissant les orientations stratégiques de ces établissements et des groupements de coopération sanitaire.

Centre de santé

Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales.

CNAMTS - Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) est un établissement public national à caractère administratif, jouissant de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Elle est soumise à une double tutelle : celle du ministère chargé de la Sécurité sociale et celle du ministère de l'Economie et des finances. La CNAMTS définit les politiques de gestion du risque santé et pilote le réseau d'organismes chargés de les mettre en œuvre.

Contrat santé solidarité

Le contrat santé solidarité participe de la mise en œuvre des mesures incitatives d'installation dans les zones médicalement sous-dotées en favorisant une meilleure répartition des professionnels de santé de premier recours sur le territoire et la qualité du service rendu.

Il correspond à l'allocation d'une participation aux équipements et aux frais de fonctionnement en lien direct avec l'exercice professionnel ainsi qu'à une participation adaptée des caisses aux cotisations sociales obligatoires.

Dossier médical personnel

Institué par la loi du 13 Août 2004, le Dossier Médical Personnel est un dossier médical, informatisé et sécurisé qui accompagne le patient tout au long de sa vie. Il est accessible par internet.

Il est conçu comme un ensemble de services permettant au patient et aux professionnels de santé autorisés, de partager, sous forme électronique, partout et à tout moment, les informations de santé utiles à la coordination des soins du patient. Le DMP peut ainsi centraliser des informations telles que les antécédents et les allergies, les prescriptions médicamenteuses, les comptes-rendus d'hospitalisation et de consultations, ou encore les résultats d'examens complémentaires. Le DMP est un service public et gratuit.

La loi prévoit que chaque assuré puisse en disposer. Il n'est cependant pas obligatoire et relève du choix du patient qui peut le consulter directement et en a l'entier contrôle : lui seul autorise son accès aux professionnels de santé.

Le patient garde à tout moment la possibilité de le clore, de supprimer tout ou partie des documents qu'il contient, ou de masquer certaines données de santé. De ce point de vue, le DMP, qui est à la fois personnel et partagé, est conforme aux droits des patients qui posent comme principes l'information, le consentement et la confidentialité. Il est strictement réservé au patient et aux professionnels de santé autorisés.

Education Thérapeutique du Patient (ETP)

L'Éducation Thérapeutique du Patient a pour objectif de permettre au malade chronique de gérer de manière optimale sa vie avec la maladie. Prévue par la charte d'Ottawa, et précisée par l'article 84 de la loi HPST, l'ETP vise à donner au malade des connaissances, des savoir-faire et des attitudes lui permettant de mieux gérer son traitement, de prévenir certaines complications, de s'adapter à des situations nouvelles et d'améliorer sa qualité de vie.

L'ETP doit être conçue à deux niveaux complémentaires :

- intégrée aux soins, elle correspond à l'intention éducative de toute rencontre entre un soignant et son patient. Elle doit être permanente et ancrée dans la relation soignant/soigné, dans une approche globale centrée sur le patient.
- dans le cadre de programmes pluri professionnels, individuels ou collectifs, correspondant à une prestation limitée dans le temps. Les séances collectives sont jugées préférables car elles permettent aux malades de partager leur «vivre avec une maladie », d'exprimer leurs émotions et d'élaborer leurs propres solutions.

L'ETP fait partie de la médecine de premier recours (*Rapport OMS 2008 - La Santé dans le Monde*).

Fonds de Réserve des Retraites (FRR)

Créé en 1999, le FRR avait pour objectif initial de constituer une réserve financière de 150 milliards d'euros pour contribuer à partir de 2020 au financement des déficits des régimes de retraite. Ce fonds d'investissement public devait être nourri régulièrement et placer ses actifs sur les marchés financiers. La réforme des retraites de 2010 a réorienté le FRR, le gouvernement choisissant d'utiliser progressivement dès 2011 ses réserves (36,2 milliards d'euros en 2010) pour financer les déficits transférés à la CADES.

Maisons de santé

Les maisons de santé sont des personnes morales constituées entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

Ces professionnels assurent dans ce cadre des activités de soins de premier recours sans hébergement et, le cas échéant, de second recours et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.

Le projet de santé doit être compatible avec les orientations des schémas régionaux. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé.

Maladie iatrogène

Une maladie est dite iatrogène lorsqu'elle est occasionnée par le traitement médical. Sont ainsi considérées comme iatrogènes « les conséquences indésirables ou négatives sur l'état de santé individuel ou collectif de tout acte ou mesure pratiqués ou prescrits par un professionnel habilité et qui vise à préserver, améliorer ou rétablir la santé ». (Haut Conseil de la Santé Publique)

ONDAM

Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie. Il est communément défini comme le regroupement des dépenses de santé des régimes qui composent l'Assurance Maladie obligatoire.

Pôles de santé

Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours, le cas échéant de second recours, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma régional de prévention.

Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale.

Soins de premier recours

Le système de santé garantit à tous les malades et usagers, à proximité de leur lieu de vie ou de travail, dans la continuité, l'accès à des soins de premier recours.

Ces soins comprennent :

- la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement des maladies et des affections courantes ;
- la dispensation des médicaments, produits et dispositifs médicaux ;
- en tant que de besoin, l'orientation dans le système de soins ;
- l'éducation pour la santé.

UNCAM

Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie. L'UNCAM regroupe les trois principaux régimes d'Assurance Maladie : le régime général, le régime agricole (MSA) et le régime social des indépendants (RSI).

Le rôle de l'UNCAM est de conduire la politique conventionnelle, définir le champ des prestations admises au remboursement et de fixer le taux de prise en charge des soins.

UNOCAM

Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire. L'UNOCAM rassemble la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA), le Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), le Régime local d'Alsace-Moselle, le Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurance (GEMA) et la Fédération Nationale Indépendante des Mutuelles (FNIM).

L'UNOCAM est une instance de concertation nationale où les différentes familles de complémentaire santé - mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance - peuvent échanger et, à partir d'un diagnostic partagé, construire des positions communes sur notre système de santé.

L'UNOCAM favorise les échanges avec l'Assurance Maladie obligatoire et est notamment chargée par la loi d'examiner avec l'Union nationale des caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) les programmes annuels de négociation avec les professionnels de santé et de déterminer des actions de gestion du risque.

mgen.fr

