

Comment sauver notre système de santé ? Une remise à plat est aujourd'hui nécessaire si l'on veut continuer d'assurer un accès à des soins de qualité pour tous.

En 2000, le système de santé français était classé par l'Organisation mondiale de la santé premier système de santé du monde, non pas parce qu'il était le meilleur en tous les domaines, mais parce qu'il obtenait la meilleure moyenne sur un certain nombre de critères tels que l'accessibilité aux soins, les remboursements, la prévention, la mortalité néonatale, l'espérance de vie, la lutte contre les inégalités sociales en matière de santé... La couverture médicale universelle, la CMU, créée en 1999 avait fait notablement reculer les inégalités financières face à l'accès aux soins. Mais depuis dix ans, notre système de santé a régressé. En 2010, il était classé en septième position derrière les Pays-Bas, le Danemark, l'Islande, l'Autriche, l'Allemagne et la Suisse. Les différents sondages d'opinion montrent que la santé est devenue la troisième préoccupation des Français après l'emploi et le pouvoir d'achat : leur inquiétude porte sur la pérennité de leur système de santé et sur l'accessibilité à des soins de qualité pour tous. Pourtant, la France dépense plus de 11 pour cent du produit intérieur brut pour la santé, soit 175 milliards d'euros pour la consommation de soins et d'équipements médicaux. La question est donc posée : peut-on faire mieux sans dépenser plus ?

Naissance d'un système de qualité pour tous

Le système de santé français, développé à partir de 1945, résulte d'un compromis historique entre le programme du Conseil national de la résistance et les principes de la médecine libérale : liberté d'installation, libre entente sur les honoraires, liberté de prescription, libre choix du médecin par le malade, respect du secret médical. Son financement est mixte, essentiellement solidaire par le biais des cotisations sociales et de l'impôt, mais aussi privé avec un ticket

dit « modérateur » qui, initialement, avait été fixé à 20 pour cent du coût de la consultation ou de l'acte médical. Ce ticket est payé soit directement par les usagers, soit indirectement par une mutuelle ou une assurance privée. De même, la prestation est mixte, soit publique – assurée par les hôpitaux publics, les instituts (ou cliniques) privés sans but lucratif participant au service public et les centres de santé –, soit privée – assurée par la médecine libérale et les cliniques commerciales (c'est-à-dire privées à but lucratif).

En 1971, un tarif conventionnel opposable permit d'inclure les médecins libéraux conventionnés dans le service public de santé (leurs prestations étaient remboursées sur la base de tarifs négociés). Rappelons que le tarif opposable (ou conventionné) est celui qui sert de base au remboursement par l'Assurance maladie : le praticien s'engage à respecter le tarif fixé par convention. Le système s'est développé à la satisfaction de tous jusqu'à la fin des Trente Glorieuses, mais le ralentissement de l'activité économique à partir du milieu des années 1970 a posé la question de sa régulation. En effet, l'augmentation des dépenses de santé (entre trois et quatre pour cent par an) dépassait celle de la richesse nationale.

Les gouvernements avaient deux possibilités : une régulation par le marché et la concurrence, reposant sur un accroissement de la participation directe des patients au financement des soins et une extension du rôle des assurances complémentaires, ou bien une régulation publique maintenant l'égalité d'accès aux soins tout en assurant l'adéquation entre les dépenses et les recettes provenant de la solidarité. La première entraîne inévitablement l'aggravation des inégalités, la seconde fait craindre le rationnement. En fait, pendant 25 ans, les gouvernements successifs ont utilisé conjointement les deux modes de régulation sans remettre en cause le compromis scellé à la Libération.

Dans l'espoir de réduire la demande, on mit en place en 1971 une réduction de l'offre grâce à l'instauration d'un *numerus clausus* à l'entrée des études médicales. L'idée était simple : en réduisant le nombre de médecins, on obtiendrait une diminution de la demande des consultations, une réduction des prescriptions médicales inutiles et une meilleure répartition des médecins sur le territoire.

Le début de la dérive

Force est de constater qu'aucun de ces objectifs n'a été atteint. Faute de pouvoir consulter un médecin en ville, les patients s'adressent aux urgences hospitalières : le nombre de consultations y est passé de 8 millions par an il y a dix ans à 16 millions par an aujourd'hui. Le « secteur 2 » à honoraires libres a été créé en 1980. Limité initialement à quelques médecins jouissant d'une notoriété particulière, il a été élargi en 1983 aux nouveaux spécialistes en réponse à une grève massive des internes. Il a ensuite été autorisé en 2004 de façon dérogatoire aux praticiens installés en « secteur 1 » (sans dépassements d'honoraires) pour les patients ne respectant pas le passage obligé par le médecin traitant.

Aujourd'hui, les médecins spécialistes continuent à s'installer en secteur 2 dans les régions où les médecins installés en secteur 2 sont déjà trop nombreux. On espérait que la concurrence freinerait la concentration de ces spécialistes, alors qu'on a seulement observé une homogénéisation des dépassements d'honoraires. À l'évidence, le marché est incapable de réguler naturellement l'offre et la demande de soins. La raison en est simple : le patient ou celui qui se croit malade n'est pas un consommateur éclairé, mais une personne anxieuse faisant confiance à un professionnel. En matière de santé, la concurrence ne fait pas baisser les coûts, elle provoque au contraire leur augmentation : faute de pouvoir juger objectivement de la pertinence des prescriptions, les patients assimilent coût et qualité, persuadés qu'en payant davantage, ils seront mieux soignés.

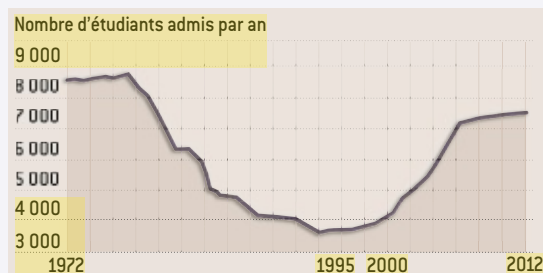
La régulation par les mécanismes de marché a aussi été invoquée quand, en 1983, on a créé le forfait hospitalier journalier pour un montant initial modique de 20 francs, qui atteint aujourd'hui 18 euros

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE MÉDECINS

Pour tenter de limiter l'augmentation des dépenses de santé, les autorités sanitaires ont voulu réduire le nombre de médecins. On est ainsi passé progressivement de 8 500 médecins formés en 1975 à 3 500 en 1995. En raison d'une pénurie qui devenait de plus en plus évidente, la courbe s'est infléchi au début des années 2000. Aujourd'hui, on atteint 7 500 médecins formés par an, sachant que la

population française est passée de 53 millions en 1970 à 65 millions en 2010. La pente de la courbe indiquant la dimi-

nution du nombre de médecins formés par an n'a pas été modifiée au fil des changements de gouvernements.



(environ six fois plus). De même, en 2004, les franchises médicales ont été instaurées (la franchise est le montant restant à la charge du patient après remboursement). Limitées au début, elles ont ensuite été étendues. Ce fut même le seul débat sur la santé lors des dernières élections présidentielles. Selon le candidat Nicolas Sarkozy, il s'agissait de « responsabiliser les patients ». Depuis, l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé, l'IRDES, a publié les résultats d'une étude visant à évaluer les effets des franchises médicales sur la consommation des soins. Le constat est sans appel : ces franchises n'ont pas entraîné de responsabilisation des patients, elles ont seulement aggravé l'inégalité de recours aux soins au détriment des personnes ayant de faibles revenus, mais ne bénéficiant ni de la CMU ni d'une assurance complémentaire.

La régulation a surtout porté sur l'hôpital public qui représente aujourd'hui 33 pour cent des dépenses (les cliniques commerciales représentent 11 pour cent). La première mesure fut l'instauration de la dotation hospitalière en 1983. Chaque hôpital recevait un budget global, ce qui devait l'obliger à optimiser ses dépenses. Mais l'augmentation de l'activité, d'une part, et l'envol du coût des nouveaux traitements, d'autre part, firent apparaître des inégalités flagrantes entre les hôpitaux bien dotés et ceux qui disposaient d'un budget insuffisant.

Certains hôpitaux ayant épuisé leur budget au mois de novembre en étaient réduits à conseiller aux patients d'aller consulter dans les cliniques commerciales qui n'étaient pas soumises à la contrainte d'un budget global ! Dans le même temps, le directeur des hôpitaux avait mis en place

un Programme de médicalisation des systèmes d'information, afin de disposer de données médico-économiques permettant d'évaluer grossièrement l'activité de chaque établissement et de faire évoluer leurs dotations en conséquence.

Ainsi s'orientait-on vers une régulation prudente, négociée et intelligente du financement des hôpitaux publics et privés participant au service public hospitalier. Mais les années 2000 ont représenté une rupture libérale avec cette politique. Le Programme de médicalisation des systèmes d'information a été transformé en une tarification à l'activité, dite T2A, suivant le modèle anglo-saxon. Dans ce cadre, les ressources allouées aux établissements de santé publics et privés dépendent de leur activité. Une tarification spécifique est attribuée à chaque pathologie et à chaque acte, ce qui n'a de sens que pour les actes standardisés, tels qu'une dialyse, la pose d'un pacemaker ou celle d'une prothèse. En revanche, dès que la prise en charge doit être personnalisée, la codification se révèle inadaptée. Il a donc fallu rendre la codification des actes de plus en plus complexe et en assurer le contrôle. On a assisté à la dérive bureaucratique d'un système qui se voulait simple, mais qui est inadapté aux maladies graves, aux urgences, aux pathologies chroniques, notamment psychiatriques, et qui de plus a une logique inflationniste (tout comme le paiement à l'acte des médecins libéraux).

Depuis dix ans, seule la régulation par les mécanismes de marché est appliquée, malgré son échec patent. En la matière, la France n'a pas innové. Elle n'a fait que suivre l'ensemble des pays développés, convertis aux bienfaits de la concurrence généralisée et à la nécessité de la privati-

sation des services publics. Ainsi, malgré la pénurie de médecins, la liberté d'installation pour les médecins en secteur 2 à honoraires libres (70 pour cent des spécialistes) a été maintenue. La seule limite fixée aux dépassements d'honoraires a été celle « du tact et de la mesure » !

Les dégâts d'une privatisation rampante

Ces dépassements d'honoraires atteignent officiellement 2,5 milliards par an pour un total de 18 milliards versés par la Sécurité sociale. Le taux moyen de remboursement par la Sécurité sociale a régulièrement décliné de 80 pour cent dans les années 1980, à 77 pour cent en 2004 et 74,5 pour cent en 2011. Durant ces cinq dernières années, la diminution annuelle du taux de remboursement a été deux fois plus importante que lors des 20 précédentes années. Ce remboursement de 74,5 pour cent recouvre deux réalités : le maintien d'un taux heureusement élevé de prise en charge des malades atteints d'affections de longue durée ou hospitalisés, et à l'inverse un taux très faible (inférieur à 55 pour cent) de la prise en charge des soins courants, en particulier dentaires et d'optique.

On assiste en conséquence à une augmentation des primes des mutuelles et des assurances privées de cinq à sept pour cent par an. Leur rôle ne cesse de croître alors qu'elles sont moins performantes que la Sécurité sociale : leurs frais de gestion sont compris entre 15 et 25 pour cent de leur chiffre d'affaires quand ils sont de moins de cinq pour cent pour la Sécurité sociale (notamment en raison des dépenses publicitaires qu'elles doivent consentir pour attirer des clients et des dividendes versés aux actionnaires dans le cas des assurances privées). Le choix d'une régulation par les mécanismes de marché s'est traduit dans la loi HPST dite Bachelot par la suppression pure et simple du service public hospitalier remplacé par des « établissements de santé de statuts variables ».

Dans cette loi, les missions de service public ont été découpées en tranches et peuvent désormais être vendues « à la découpe » aux divers établissements, y compris commerciaux. C'est ainsi que, pour la première fois, des cliniques commerciales accueillent des internes en formation, en particulier en chirurgie et en gynécologie