

**Nous avons eu l'occasion d'avoir par Médiapart un article intitulé :**

« [Le plan secret du Medef pour dynamiser la Sécu](#) ».

Il fait référence à un document confidentiel où le Medef exprime la position de son « **groupe de travail santé** ».

Médiapart nous a fait parvenir ce texte avec le commentaire suivant :

« Payes ton assurance !! Avec en vue la présidentielle 2012, le patronat part en guerre contre la Sécurité Sociale. Ce document confidentiel préconise de recentrer l'assurance maladie sur les gros risques, et de transférer les autres vers les organismes complémentaires ou le privé. C'est ce que le gouvernement a déjà entrepris, mais sans l'afficher ».

Nous vous proposons ci-dessous quelques extraits de ce texte que nous numérotons avec la page du rapport dont ils sont issus....

**N'y cherchez pas des allusions :**

- aux services rendus par « notre sécu. »,
- ou aux difficultés d'accès à la prévention et/ou aux soins pour nos concitoyens...

**N'attendez pas non plus des commentaires :**

- sur la progression importante du renoncement aux soins en France (+ 11% de 2008 à 2009 ou 25% de la population déclare avoir renoncé à se soigner...)
- sur le reste à charge qui augmente pour l'ensemble de la population, notamment les 5 millions de personnes qui bénéficient de la CMU complémentaire, les 9 millions de personnes en ALD (Affection Longue Durée), les 5 millions de personnes qui n'ont pas de complémentaire santé...

**Tous ces thèmes ne sont pas abordés dans ce document du Medef, les seuls crédos, ce sont :**

- comment limiter les dépenses de santé socialisées ?...
- comment baisser les cotisations sociales ?...
- comment utiliser la Haute Autorité de Santé (HAS) dans cette obsession ?
- comment accélérer la démolition de la santé solidaire en obtenant rapidement la deuxième moitié des décrets d'application de la loi HPST (Hôpital Patients Santé Territoires) ?
- comment s'attaquer plus largement aux bénéficiaires des ALD (Affection Longue Durée) qui constituent un groupe trop dépensier ?
- comment organiser les différentes méthodes de remboursements et de transferts de l'AMO (Assurance Maladie Obligatoire) vers l'AMC (Assurance Maladie Complémentaire) ?
- comment ménager l'industrie pharmaceutique ?

Nous vous invitons donc à parcourir ci-dessous quelques extraits de ce document de 33 pages non signé...

Il va falloir demander au Medef s'il l'assume publiquement et questionner le pouvoir politique sur ces coïncidences quelque peu suspectes.....

## **Voici donc quelques morceaux choisis :**

### 1. Page 3

*Ce document correspond à une vision à long terme des redressements à opérer dans notre système de soins et dans le système d'assurance auquel il s'adosse. En effet, on ne peut gérer 11% du PIB (2<sup>ème</sup> rang des pays de l'OCDE) sans une vision systémique et économique. Il convient de conforter notre système de santé en y introduisant des réformes courageuses au plus tôt, sans doute après les élections présidentielles de 2012. Mais il est possible que, compte tenu des déficits, des dispositions doivent être prises avant cette échéance, dans des véhicules tels que les PLFSS. Ou bien encore, s'il apparaît difficile d'annoncer une réforme dans ce domaine (compte tenu des acteurs et des mentalités), on peut imaginer des trains successifs de mesures lourdes dans les PLFSS. Le chemin de la réforme sera difficile, mais la réforme est nécessaire, réalisable et à la hauteur des enjeux (il est nécessaire de chiffrer les propositions : cf. annexe 1) Ce document doit donc également servir de base à la prise de position du Medef dans une telle éventualité.*

### 2. Page 4 :

S'agissant des prestations, il s'explique par l'évolution démographique, celle des techniques de santé, et le comportement des citoyens dans le cadre du système existant. S'agissant des deux domaines les plus lourds, l'hôpital et les affections de longue durée (ALD), il est urgent d'agir. Si des actions ont été engagées dans le premier cas, on constate un attentisme regrettable dans le deuxième cas.

### 3. Page 4 :

La priorité ne réside pas dans un plan de maîtrise des dépenses, mais dans un plan d'optimisation de l'offre de soins, ce qui conduira à une amélioration de l'efficacité des soins à moindre coût. L'offre – dans notre système où elle est solvabilisée – doit nécessairement être encadrée, afin d'éviter les dérives que l'on connaît. Pour cela, il faut :

- Hiérarchiser l'offre de soins (faire intervenir les professionnels de soins au juste niveau où ils apportent le meilleur rapport efficacité / coût)<sup>7</sup>

### 4. Page 5 :

Eviter la dispersion des pratiques, en imposant des normes (tant à l'hôpital qu'en médecine de ville). Pour cela, la HAS doit absolument produire les référentiels pertinents que l'on attend.

### 5. Page 5 :

L'un des problèmes très lourds est celui de l'hôpital, qui mériterait des réformes profondes et rapides, ce qui est rendu très difficile du fait que l'Etat est à la fois gestionnaire (de l'hôpital public) et le régulateur (public / privé). Il faut séparer ces fonctions (par exemple en « sortant » le régulateur de l'Etat).

### 6. Page 6 :

La recherche d'efficacité dans les différents postes de dépenses est le seul moyen de préserver voire de manière qui peut paraître surprenante, d'améliorer la qualité des soins (cas du respect de référentiels professionnels, par exemple, qui en s'attaquant aux disparités professionnelles non fondées, contribuent à encadrer les dépenses tout en améliorant la qualité des soins dispensés). Il est possible de dépenser moins en soignant mieux. Cela s'est fait ailleurs, cela est possible en France.

7. Page 7 :

Il faut tout mettre en œuvre pour favoriser la convergence tarifaire, « flécher » les bonnes pratiques, pour contraindre les mauvaises de s'amender. Il faut rendre accessible les bases objectives de comparaison (un tel outil permettrait aussi de mesurer l'efficacité relative des ARS). Cela passe par de l'information des professionnels de santé et des patients, et par des référentiels de parcours et de bonne pratique. Il est essentiel que la HAS s'engage davantage et accélère très nettement la production de référentiels que l'on attend d'elle.

8. Page 7 :

L'ampleur des problèmes est telle qu'une éventuelle réforme systémique prendrait beaucoup trop de temps. Or il est urgent d'agir sur le déficit. Nous pensons qu'il est tout à fait possible d'améliorer considérablement notre système, sans changement de fond.

9. Page 8 :

La réforme de l'hôpital engagée doit être poursuivie avec un rythme soutenu jusqu'à son terme. Les hôpitaux français souffrent d'un taux de recours excessif (pour des raisons sociales et par défaut d'alternatives : ambulatoire, HAD, maisons de santé, médecine de ville, etc.), et d'une productivité insuffisante. Ces deux défauts sont chiffrés objectivement dans plusieurs rapports comparant la situation dans les principaux pays européens. Il faut tout d'abord s'efforcer de rationaliser l'offre de soins des établissements de santé, publics et privés, en soins directs et soins de suite, dans chaque régime, sur des bases médico-économiques<sup>11</sup>

10. Page 8 :

- La rationalisation de la carte hospitalière, qui passe notamment par la fermeture des sites en sous activité. Elle pourrait engendrer des économies significatives dans l'hypothèse où leur activité serait reportée sur les établissements les plus productifs de chaque région. Le report de l'activité sur les hôpitaux les plus productifs pourrait être assuré par une procédure d'appel d'offre pour l'autorisation de places nouvelles, organisé au niveau régional par les Agences régionales de santé (ARS), et mettant en concurrence les établissements publics et privés de chaque régions, ce qui constituerait une incitation pour l'ensemble des hôpitaux à améliorer leur efficacité. En faisant cette hypothèse d'un report sur les établissements les plus productifs, les économies dégagées pourraient atteindre jusqu'à 500 millions d'euros par an au niveau national

11. Page 8 :

attendant d'une diminution des inadéquations en médecine et psychiatrie. Une évaluation des gains à attendre au niveau national est cependant possible en faisant l'hypothèse de 10% de journées inadéquates en médecine et psychiatrie qui pourraient être prises en charge dans des structures d'aval. Cette hypothèse est située dans la fourchette basse des estimations fournies par les études disponibles en matière d'inadéquation. L'économie nette est nette des créations de places nécessitées par résorption des inadéquations en médecine et psychiatrie.

12. Page 9 :

Malgré le fait que l'État se place exagérément au centre du nouveau système, la loi « Hôpital, patient, santé, territoires » (HPST) va dans le bon sens et constitue un premier pas, tant sous l'angle économique que médical. Il est donc indispensable que les décrets d'application soient promulgués au plus tôt pour que la loi puisse être appliquée<sup>12</sup>. Rappelons les axes qui sont prioritaires :

13. Page 9 :

- 13 La simplification des règles d'organisation interne de l'hôpital public et le renforcement des pouvoirs et de l'autonomie du chef d'établissement sont de nature à faciliter le pilotage des hôpitaux :
- « Président du directoire », le Directeur se voit confier la pleine responsabilité de l'établissement de santé. Parmi ses nouvelles attributions figure la fixation du budget.

14. Page 9 :

- 14 Si le MEDEF a approuvé le rapport HCAAM sur l'hôpital, il l'a néanmoins estimé trop limité sur la question de l'externalisation des services périphériques de l'offre de soins. Le rapport Attali sur la croissance avait d'ailleurs posé en proposition n° 75 la nécessité d'externaliser ces services. A titre d'exemple, alors que les hôpitaux représentent le plus

15. page 12 :

Les référentiels de la HAS peuvent encore être améliorés en termes de segmentation des pathologies, ce qui permettrait de diminuer les flux entrants. Il est nécessaire d'exploiter les données économiques

16. Page 13

*Il ne faut pas attendre pour réformer les règles définissant les entrées / sorties du régime des ALD faut pour cela demander à la HAS de mettre à jour très rapidement les référentiels, dans le sens d'un resserré. Des économies importantes peuvent en être attendues, sans qu'il y ait préjudice au fondement du dispositif. Il est en particulier nécessaire de sortir des ALD tout ce qui est relatif à suivi des facteurs de risque qui doit être traité autrement.*

17. Page 14

Le développement de la logique du paiement à la performance : les gains financiers liés à la mise en œuvre d'un système de primes dont le versement dépendrait de la modération des prescriptions sont considérables. Les gains nets cumulés par rapport à un scénario

18. Page 20

S'agissant du médicament, il nous paraît indispensable de stabiliser les mécanismes existant de régulation.

En effet, les mécanismes de mise sur le marché et de définitions des prix, des taux de remboursement (SMR), des remises sur consommation, les mesures liées aux génériques et au conditionnement, etc. – ont été initiés et constamment ajustés depuis longtemps. Le secteur du médicament est stratégique pour la France en termes d'enjeux de haute technologie, de balance commerciale et d'emplois. Le médicament constitue l'un des éléments essentiels des progrès médicaux. Tout ce qui pouvait être fait en matière de maîtrise a été fait ; il faut maintenant en faire autant dans les autres domaines de la santé avec autant d'énergie, et ne plus fragiliser notre industrie du médicament.

19. Page 20 :

- Il est indispensable d'endiguer l'explosion de l'aide médicale d'Etat (AME, réservée aux immigrés en situation irrégulière). En effet, le panier de soins de l'AME rend notre pays tout particulièrement attractif au sein de l'OCDE. Il convient donc de le revoir à la baisse aux soins d'urgence non anticipables. Il convient aussi de revoir les réponses aux questions posées par les transfrontaliers et au tourisme médical (suites dans le pays d'origine).

20. Page 20 :

S'agissant de la réforme des retraites \_ sujet plus simple et moins sensible que la santé\_ les pouvoirs publics ont préparé les étapes depuis plusieurs années par des activités d'information et de pédagogie. Nous en sommes loin en santé, et pourtant une explication de la réalité des pratiques constituerait un très utile préalable.

21. Page 21 :

«L'Etat Providence », tel que nous le connaissons depuis 1945, est-il encore soutenable dans les années à venir ? Peut-il résister aux défis démographiques et surtout peut-il être sourd aux mutations du monde, et plus particulièrement au fait que les perspectives de croissance du PIB pour les 30 prochaines années seront très limitées en Europe ?

Il y a une foison de propositions de réformes systémiques, depuis le rapport Chadelat en 1998, jusqu'à de nombreuses propositions de parlementaires, s'inspirant souvent d'exemples étrangers. Le schéma qui revient de façon récurrente est à 3 niveaux

- Un 1<sup>er</sup> niveau comprenant une assurance maladie obligatoire à minima financée par l'impôt (socle de solidarité)<sup>34</sup>
- Un 2<sup>ème</sup> niveau comprenant une assurance maladie complémentaire (obligatoire ou facultative selon les versions) financée par les cotisations mais avec des aides possibles de prise en charge pour les plus démunis (ex : CMUc et ACS)
- Un 3<sup>ème</sup> niveau comprenant une assurance maladie supplémentaire libre.

22. Page 22 :

considération des populations et des professionnels

Par ailleurs, il convient de rappeler sur ce dossier comme sur les autres, qu'il serait contre productif d'augmenter les charges sociales, obligatoires de l'entreprise au bénéfice de l'AMO (il existe plus de flexibilité pour le financement AMC).

23. Page 22 :

- Transfert AMO/AMC, éventuellement au 1<sup>er</sup> euro, pour des champs de petit risque ou risque modéré. Il paraît notamment judicieux de déplacer une partie des opérations de prévention et

24. Page 22 :

nécessité d'un encadrement et d'une coopération. Il convient d'imposer une coopération AMO/AMC pour éviter une perte de la maîtrise globale des risques. Le partage des rôles « cure »/AMO – « care »/AMC peut être judicieux, mais il faut l'organiser prudemment dans le temps.

<sup>14</sup> Les expériences conduites démontrent qu'il est possible de diminuer significativement des dépenses en ALD. L'exemple du diabète (1.5 Millions de personnes en ALD) montre que la facture peut être réduite de 25% avec des populations à risque. Le meilleur moyen pour éviter l'explosion des remboursements liés au diabète est d'empêcher ou à tout le moins de retarder sa surveillance. Une fois la maladie installée, un suivi structuré permet de prévenir les complications, c'est-à-dire les épisodes les plus coûteux de la maladie.\*Le principe est le même pour les 32 maladies du tableau des ALD, même si le rendement doit être différencié.

- Maladies cardio-vasculaires (1)
- Diabète (3)
- Insuffisances respiratoires chroniques graves (5)
- Maladie d'Alzheimer et autres démences (6)

Un objectif global de 5% paraît raisonnable

<sup>15</sup> Soit par instauration d'un TM ou de franchises, soit par l'instauration d'un bouclier sanitaire spécifique