



L'Assurance Maladie est-elle encore utile ?

Analyse et Propositions du *Cercle Santé Innovation*
Sous la direction scientifique du P^r Jean De Kervasdoué

Décembre 2013



Cercle de réflexion dédié à la santé et à la protection sociale, le Cercle Santé Innovation a été fondé en février 2013 par l'ensemble des fédérations d'offreurs de soins, sur l'impulsion de Gérard LARCHER.

Avec cette initiative inédite, les offreurs de soins ont souhaité envoyer un signal fort aux pouvoirs publics en créant les conditions d'un débat renouvelé, dépassant les clivages et les oppositions qui peuvent parfois diviser les acteurs du système de santé.

Le *Cercle Santé Innovation* est basé sur la conviction que le système de santé et de protection sociale est un atout pour la France, créateur de richesses, à l'origine des innovations et donc des emplois de demain. Il est aussi fondé sur le constat qu'une réforme en profondeur de ce modèle s'impose afin de régénérer ses principes fondateurs et d'améliorer son efficacité.

Grâce à l'appui de son collègue d'experts, composé de personnalités de premier plan, ce Cercle a pour ambition de développer une réflexion innovante et indépendante sur l'avenir de notre système et ses voies d'évolution.

Au final, l'originalité de ce think tank réside dans le fait qu'il s'adresse d'abord aux responsables politiques, en leur proposant des voies de réforme ambitieuses et réalistes.

Les membres du groupe de travail

Coordonné par Cédric ARCOS, directeur du *Cercle Santé Innovation*, le comité de suivi opérationnel réunit de jeunes professionnels : médecins, directeurs d'établissements de santé publics et privés, étudiants des grandes écoles.

Pour ce premier rapport, les membres du groupe sont :

- **Cédric ARCOS,**
- **Erwann PAUL**
- **Florian GODET**
- **Alice PRIGENT**
- **Judith HAMMEL**
- **Nicolas SALVI**
- **Emilie HERICHER**
- **Guillemette SPIDO**
- **Aude KEMPF**

Avertissement

En donnant naissance au *Cercle Santé Innovation*, les fédérations d'offreurs de soins et les représentants du monde libéral ont souhaité prendre leurs responsabilités et engager un débat à partir de propositions concrètes.

La vision et les propositions contenues dans ce rapport n'engagent aucun moment les membres fondateurs, dont le rôle est de créer les conditions du débat et d'apporter leur expertise. Elles n'engagent pas davantage les experts qui participent aux travaux scientifiques préalables à la définition des positions du *Cercle Santé Innovation*. Fédérations comme experts conservent ainsi toute leur liberté pour partager, critiquer, nuancer les avis présentés par le cercle.

Les recommandations émises par le *Cercle Santé Innovation* ne visent pas à aménager l'existant ou à réformer à la marge, mais bien à opérer des ruptures profondes et courageuses. Devant la violence de la crise qui frappe l'Europe et notamment la France, des choix urgents s'imposent, choix auxquels le *Cercle Santé Innovation* propose d'apporter sa contribution.



*Imprimé en décembre 2013
par CLOITRE Imprimeurs*



L'Assurance Maladie est-elle encore utile ?

Analyse et Propositions du *Cercle Santé Innovation*
Sous la direction scientifique du Pr Jean De Kervasdoué

Décembre 2013

Le cercle
Santé
Innovation

Table des matières

| | |
|---|-------------|
| <i>Introduction</i> | p.5 |
| 1. Réformer en profondeur le financement des dépenses de santé et les mécanismes de remboursement | p.9 |
| A. <i>Le décalage entre l'évolution des dépenses d'assurance maladie et des recettes ne devrait pas exclusivement être supporté exclusivement par les générations futures</i> | p.9 |
| B. <i>Les dépenses de santé doivent faire l'objet d'une maîtrise qui porte sur la nature des soins et pas seulement leur tarif ou leur taux de remboursement</i> | p.14 |
| C. <i>Le financement des dépenses de santé doit être réformé</i> | p.4 |
| 2. Refonder le pilotage du système de santé | p.21 |
| A. <i>La confusion, voire la concurrence qui régit actuellement le pilotage du système de santé est préjudiciable à son efficacité</i> | p.21 |
| B. <i>L'articulation entre assurance maladie obligatoire et assurance complémentaire est aujourd'hui source de difficulté et de confusion</i> | p.22 |
| C. <i>La nécessité d'un pilotage unifié de notre système de santé</i> | p.26 |
| D. <i>La régionalisation et le renforcement de l'autonomie des acteurs, conditions de réussite et d'efficience</i> | p.27 |
| 3. Créer les conditions d'une nouvelle régulation du système de santé | p.31 |
| A. <i>Faire de l'évaluation un principe cardinal</i> | p.31 |
| B. <i>Créer une nouvelle autorité de santé, pleinement indépendante pour éclairer la définition du panier de soins</i> | p.32 |
| C. <i>Donner une plus grande autonomie à l'hôpital dans ses différents statuts</i> | p.33 |
| D. <i>Garantir un accès généralisé aux données de santé</i> | p.35 |
| E. <i>Construire le système de pilotage dans une logique de parcours de santé</i> | p.36 |
| F. <i>Renforcer le rôle des représentants de patients dans le pilotage du système de santé</i> | p.36 |
| <i>Conclusion</i> | p.39 |
| <i>Index</i> | p.40 |
| <i>Annexe : Synthèse de la soirée-débat du 4 juillet 2013</i> | p.41 |
| <i>Bibliographie</i> | p.45 |

« Unis quant au but à atteindre, unis quant aux moyens à mettre en œuvre pour atteindre ce but qui est la libération rapide du territoire, les représentants des mouvements, groupements, partis ou tendances politiques groupés au sein du Comité National de la Résistance proclament qu'ils sont décidés à rester unis après la libération (...) afin de promouvoir les réformes indispensables (...) avec sur le plan social, un plan complet de sécurité sociale, visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence, dans tous les cas où ils sont incapables de se le procurer par le travail, avec gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'État ».

Sur la base de ce principe fondateur du Conseil National de la Résistance le préambule de la Constitution de 1946 a érigé un droit pour tous à la protection de la santé : *« La Nation garantit à tous, et notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la Santé ».*

Progressivement, la France s'est dotée d'un système de protection de la santé, dont les garanties n'ont cessé de s'étendre, au point de concerner aujourd'hui l'ensemble des résidents du territoire national. Des systèmes comparables ont vu le jour dans la plupart des pays occidentaux, à l'exception notable des Etats-Unis. Mais si le système français est généreux, il est aussi criblé de dette, au point de paraître aujourd'hui à bout de souffle.

Personne ne remet en cause le financement collectif des dépenses de soins : il est non seulement équitable mais il est aussi efficace. En revanche, il paraît aujourd'hui légitime de s'interroger sur l'utilité et la pertinence de l'appareil politico-administratif, de « l'assurance-maladie ». Autrement dit, nous ne remettons pas en cause le financement collectif des dépenses de soins, mais l'appareil complexe, qui le gère ou prétend le gérer.

Les créateurs de la sécurité voulaient donner le jour à un système universel. Le refus, en 1945, de certaines professions est à l'origine d'une histoire complexe pour l'assurance maladie. Pendant 70 ans, a vu la création et la juxtaposition jusqu'à l'instauration de la Couverture Maladie Universelle le premier janvier 2000 date à laquelle la condition d'affiliation n'a plus été le travail mais la

résidence légale sur le territoire.

Les réformes successives tant de l'assurance maladie stricto sensu que du système de soins, semblent incapables d'équilibrer les comptes. Notre système est en déficit permanent malgré des soins mal remboursés et la création de nouvelles recettes. L'imagination politique et administrative semble avoir surtout été ... fiscale !

Le taux de croissance de l'économie française ne permet plus d'assurer structurellement la croissance « naturelle » des dépenses de soins. Il faut rappeler que le système tel qu'il existe actuellement engendre un taux de croissance interne d'environ 4% par an. Or, si l'on peut s'attendre à une croissance raisonnable de 1% des recettes de l'assurance maladie, l'effet démographique seul (vieillesse et croissance de la population) atteint déjà de cet ordre de grandeur. Ce secteur est en outre consommateur de main d'œuvre qualifiée dont il n'est pas envisageable de faire stagner durablement le niveau de rémunération. Enfin, dans le domaine médical, les gains de productivité ne sont pas possibles à l'infini : « une heure de soins donné à un malade reste et restera une heure de soins ».

Si l'on ne veut ni augmenter une fiscalité déjà lourde, ni toucher à la solidarité, tout en rémunérant les acteurs du système et en l'adaptant aux révolutions techniques qui s'annoncent, c'est le système lui-même qu'il faut modifier et proposer des réformes qui ne peuvent plus être que marginales.

Depuis longtemps l'assurance maladie n'est plus une assurance. Le système français est universel et organise un double transfert. Il va du bien portant au malade et du plus riche au plus pauvre par le biais de la Contribution Sociale Généralisée et des cotisations proportionnelles aux revenus. En outre ce transfert est double car les plus aisés non seulement cotisent plus mais consomment moins. De l'assurance ne sont restés que le nom et les structures.

Les dernières réformes ont certes accru le rôle de l'Etat dans la régulation de cette organisation, mais le rôle de l'Assurance Maladie n'a pas été véritablement remis en question. Pourtant, on est droit de s'interroger aujourd'hui sur la légitimité des partenaires sociaux : l'assurance maladie n'est plus un salaire différé, 40% des cotisations n'impactent plus les salaires, surtout la démocratie sociale n'existe plus : les dernières élections datant en effet de plus de trente années !

Par ailleurs, pourquoi vérifier encore des droits d'affiliation à un régime donné, alors que tous les résidents sur le territoire sont affiliés ? Pourquoi garder un système complexe de remboursement des soins médicaux et de péréquation entre caisses ? Existe-t-il pour cela des raisons autres que politiques qui empêchent la réforme de cette institution ?

1

Réformer en profondeur le financement des dépenses de santé et les mécanisme de remboursement

A - Le décalage entre l'évolution des dépenses d'assurance maladie et des recettes ne devrait pas être exclusivement supporté par les générations futures

Les dépenses de santé n'ont cessé de croître depuis 1945. Représentant 4,6 % du PIB en 1960, 5,7% en 1970, elles atteignent aujourd'hui 11,8% du PIB, plaçant la France au troisième rang mondial derrière les Etats-Unis et les Pays-Bas. Surtout, c'est par leur dynamique de progression que les dépenses de santé se distinguent, avec une augmentation annuelle de plus de 2% chaque année, bien supérieure à l'évolution de la richesse nationale ainsi qu'à l'évolution des sources de financement.

Années après années, les déficits de l'Assurance Maladie se succèdent, traduisant l'échec structurel de la vingtaine de « plans de sauvetage » qui ont vu le jour depuis 1977 (un plan de sauvetage tous les 24 mois au début et chaque année aujourd'hui). Beaucoup de réformes ont pourtant été tentées : de l'augmentation de la contribution des patients (instauration de participations personnelles des assurés, hausse du ticket modérateur, franchises...) à la maîtrise des dépenses (baisse des prix des médicaments, développement des génériques, réorganisations hospitalières, développement des alternatives à l'hospitalisation...) ou encore à l'instauration d'un objectif des dépenses d'assurance maladie, l'ONDAM. Elles furent, soulignons-le, essentiellement financières et se sont limitées à augmenter les recettes ainsi qu'à baisser les taux de remboursement et les tarifs.

En détruisant de nombreux emplois et en privant le système de protection sociale de ressources importantes, la crise économique et financière qui frappe la France depuis 2008 n'a fait qu'aggraver cette situation. Les déficits se sont aggravés, passant de 4,4 milliards d'euros en 2008 à 10,6 milliards en 2011 pour atteindre 7 milliards en 2013 ceci malgré de nouvelles recettes.

Amortissement de la dette sociale

| Année de reprise de la dette | Dettes reprises cumulées | Amortissement annuel | Amortissement cumulé | Situation nette de l'année |
|------------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|----------------------------|
| 1996 | 23 249 | 2 184 | 2 184 | -21 065 |
| 1997 | 25 154 | 2 907 | 5 091 | -20 063 |
| 1998 | 40 323 | 2 444 | 7 535 | -32 788 |
| 1999 | 42 228 | 2 980 | 10 515 | -31 713 |
| 2000 | 44 134 | 3 226 | 13 741 | -30 393 |
| 2001 | 45 986 | 3 021 | 16 762 | -29 224 |
| 2002 | 48 986 | 3 227 | 19 989 | -28 997 |
| 2003 | 53 269 | 3 296 | 23 285 | -29 984 |
| 2004 | 93 366 | 3 345 | 26 630 | -65 736 |
| 2005 | 101 976 | 2 633 | 29 263 | -72 713 |
| 2006 | 107 676 | 2 815 | 32 078 | -75 598 |
| 2007 | 107 611 | 2 578 | 34 656 | -72 955 |
| 2008 | 117 611 | 2 885 | 37 541 | -80 070 |
| 2009 | 134 611 | 5 260 | 42 801 | -91 810 |
| 2010 | 134 611 | 5 135 | 47 936 | -86 675 |
| 2011 (p) | 199 611 | 11 372 | 59 308 | -140 603 |
| 2012 (p) | 212 178 | 11 091 | 70 399 | -141 779 |

Source : CADES

Dans le même temps, la dette sociale qui s'est accumulée au fil des ans n'a pas été réduite, ni maîtrisée. Au contraire, les déficits de la sécurité sociale, initialement jugés exceptionnels et «temporaires» pour la période 1993-1996, ont été multipliés par cinq en quinze ans, atteignant 140 milliards en 2011.

Pour faire face à cette situation et gérer au mieux le déficit cumulé, une Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale (CADES - voir encadré ci-contre) a été créée en 1996. D'abord temporaire, l'existence de la CADES a été prolongée à plusieurs reprises. Elle gère aujourd'hui une dette sociale qui atteint près de 140 milliards d'euros.

Les déséquilibres de l'Assurance Maladie, sont devenus aussi permanents que structurels. Une situation d'autant plus inquiétante que les dépenses de santé vont continuer leur progression, sous l'effet du vieillissement de la population, et surtout de progrès techniques.

La CADES

Depuis sa création en 1996, la CADES a pour mission de reprendre et d'amortir les déficits de la sécurité sociale. A cette fin, elle a recours à une gamme très diversifiée d'emprunts qu'elle émet en euros et dans différentes autres devises en réponse à la demande des investisseurs internationaux.

Ces emprunts s'inscrivent dans le cadre d'un programme de financement annuel défini chaque début d'année à la suite du vote au Parlement de la loi sur le financement de la sécurité sociale (LFSS).

La LFSS fixe notamment l'objectif d'amortissement de la dette sociale pour l'année et établit, le cas échéant, le montant de dette transférée à la CADES pour l'année à venir.

Afin d'atteindre ces objectifs, lui permettre de payer les intérêts et de rembourser les investisseurs qui ont souscrit à ses emprunts, la CADES bénéficie annuellement des ressources suivantes : la CRDS au taux de 0,5%,

0,48 point de CSG, 1,3% du prélèvement social sur les revenus du capital, 2,1 milliards d'euros versés par le FRR jusqu'en 2024.

En 2012, les ressources de la CADES ont atteint 16,1 milliards d'euros, permettant de verser 4 milliards d'euros d'intérêts aux porteurs des obligations émises par la CADES et d'amortir la dette sociale à hauteur de 12,1 milliards d'euros, conformément à l'objectif fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012. En outre, 30,2 milliards d'euros d'emprunts à moyen et long-terme, ont été levés confirmant ainsi, notre position parmi les premiers émetteurs souverains et « quasi-souverains » européens.

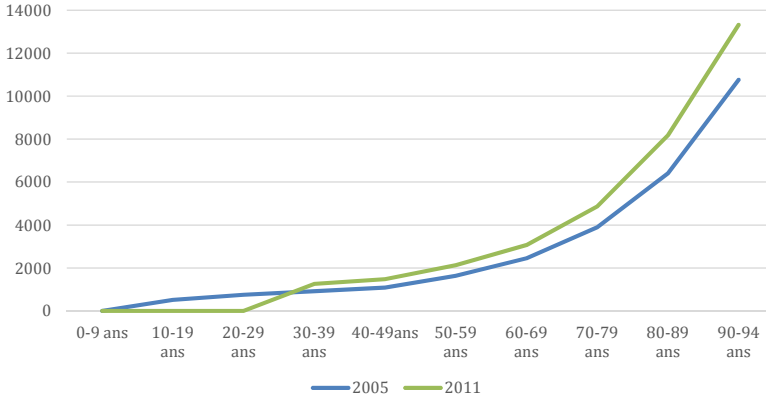
En 16 ans, la CADES a ainsi repris 209 milliards d'euros de dette sociale et amorti 71,7 milliards d'euros, correspondant à une diminution de la dette publique française équivalente à plus 4 points de PIB. A fin 2012, il restait 137,3 milliards d'euros de dette à amortir.

Pourtant, entre 2005 et 2050, la population des plus de 60 ans va augmenter de près de 80%. Les dépenses liées à la perte d'autonomie ne vont donc cesser de croître et s'envoleront à partir de 2030, quand la génération du baby-boom atteindra 83 ans : le besoin de financement est estimé à 10 milliards d'euros supplémentaires par an.

Surtout, c'est le progrès technique qui tire les dépenses de santé à la hausse. Contrairement aux idées reçues, cet effet est d'ailleurs largement supérieur à celui du vieillissement de la population, puisque son impact est 20 fois supérieur à celui du vieillissement.

Si le progrès médical se traduit bien souvent par des gains de productivité (substitution d'une technique par une autre), sa diffusion est précisément à l'origine de la hausse des dépenses :

Dépense totale de soin par habitant et par classe d'âge (en euros)



Source : Inami, d'après les rapports annuel 2006 et 2012

de plus en plus de personnes ont accès à des traitements coûteux. L'exemple du cancer est, à ce titre, particulièrement révélateur avec l'arrivée sur le marché de thérapies ciblées, dont la réalisation est directement basée sur la génomique du patient. L'avènement d'une médecine individualisée et personnalisée est sans conteste le rendez-vous majeur de demain : elle aura des conséquences financières très lourdes pour les dépenses de santé.

Si les tendances actuelles se maintiennent, le vieillissement et le progrès technique feront croître fortement les dépenses de santé, qui atteindront 12, 8% du PIB en 2050. Toutefois, si le progrès technique devait s'accélérer et atteindre un rythme deux fois supérieur à celui connu jusqu'à présent, la part des dépenses de santé dans le PIB devrait atteindre entre 14 % et 21 % du PIB...

Les dépenses de santé sont aujourd'hui majoritairement financées par des ressources liées aux revenus du travail, avec des cotisations sociales – employeurs et salariés – qui atteignent 13.9% du revenu brut. Dans un contexte de compétition mondiale accrue et alors que la France doit renforcer sa compétitivité, les cotisations viennent directement impacter le coût du travail.

Les ressources de l'Assurance Maladie ont évolué, faisant une place toujours plus importante à la fiscalité. L'Assurance Maladie reçoit

ainsi 70% des revenus de la CSG, prélèvement de 5,25% de tous les revenus du travail et du capital des français.

Dans le même temps, les ressources de la CADES ont elles aussi été diversifiées. En 2012, la caisse recevait 16,1 milliards de recettes, dont 6,3 de CRDS, 5,5 milliards de CSG, le reste provenant du prélèvement social sur les revenus du capital et de versements du fonds de réserve des retraites.

Notre système est dans une impasse du fait du décalage entre l'évolution des recettes et celle des dépenses. L'écart de 1,5 milliards d'euros chaque année n'est plus tenable. Le *Cercle Santé Innovation* estime qu'une réforme en profondeur du système de financement, non seulement de l'assurance maladie, mais plus largement des dépenses de santé, est nécessaire. Toutefois, celle-ci ne pourra suffire à ralentir cet accroissement si elle ne s'accompagne pas d'une plus grande maîtrise des dépenses.

Taux effectifs des prélèvements obligatoires en % du salaire brut, dans les entreprises de plus de 20 salariés

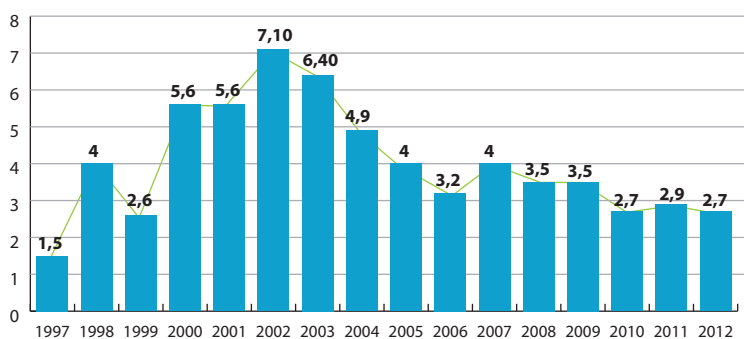
| | 1980 | 2012 |
|--|------|------|
| <i>Cotisation sociales patronales</i> | | |
| - plafonnées | 8,95 | - |
| - déplafonnées | 4,5 | 12,8 |
| <i>Cotisations sociales salariées déplafonnées</i> | 5,5 | 0,75 |
| CSG | - | 7,37 |
| CRDS | - | 0,49 |

Source : DSS pour le HCFIPS

B - Les dépenses de santé doivent faire l'objet d'une maîtrise qui porte sur la nature des soins et pas seulement leur tarif ou leur taux de remboursement

La régulation de notre système de santé doit avant tout passer par une plus grande maîtrise des dépenses de santé. Depuis dix ans, des efforts très importants ont été menés afin de contenir les dépenses, avec des résultats probants. La France fait ainsi partie des pays européens qui ont le mieux maîtrisé leurs dépenses de santé entre 2005 et 2010.

Evolution des dépenses totales dans le champ de l'ONDAM (en %)



Source : Sécurité sociale

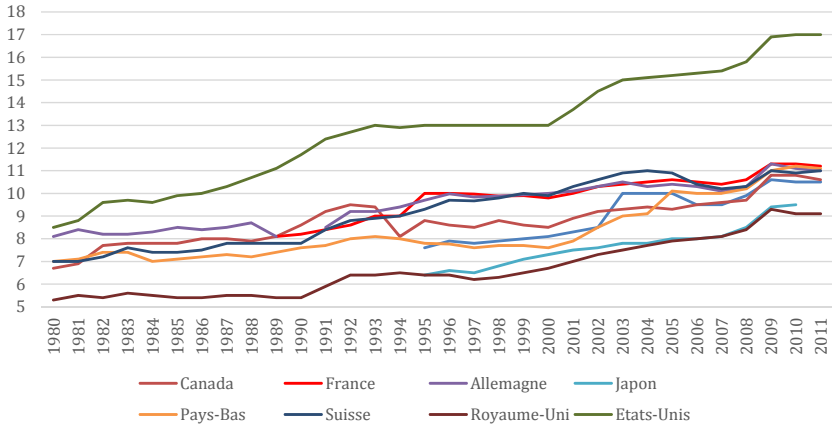
Pour autant, le système français reste l'un des plus onéreux au monde : nous dépensons plus de 3000 euros par habitant, soit 20 % de plus que la moyenne de l'OCDE. Selon le HCAAM, nos dépenses de santé pourraient atteindre 13,1% du PIB d'ici à 2060, soit une croissance de 2,8 points. Les dépenses remboursées par les régimes obligatoires pourraient quant à elles augmenter de 2,3 points sur la même période.

Devant cette augmentation prévisible des dépenses de santé, la responsabilité des pouvoirs publics est de définir les voies pour garantir l'équilibre financier de notre système.

En effet, l'aggravation des déficits conduit le système dans une impasse, d'autant que ceux-ci pèseront sur les générations futures. De la même manière, la hausse continue des prélèvements et cotisations ne peut être la solution à cette augmentation.

Si une évolution profonde du financement des dépenses de santé est incontournable, il n'en demeure pas moins que l'augmentation des recettes atteindra vite ses limites.

Part de la dépense totale de santé dans le PIB (en %)



Source : OCDE statextracts, novembre 2013

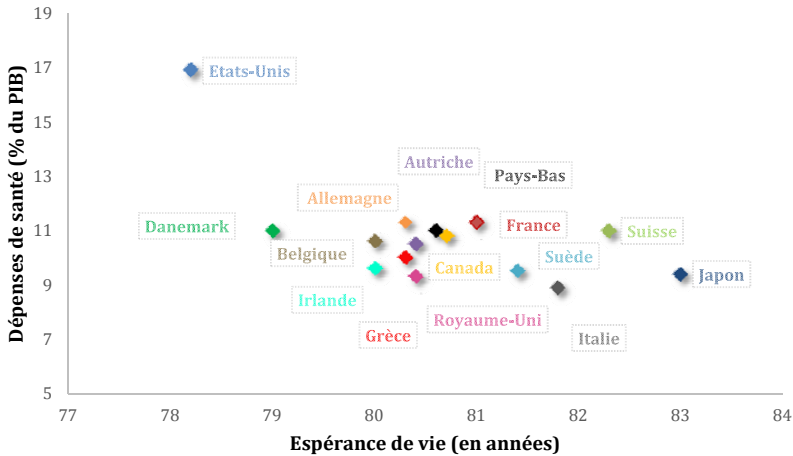
Le Cercle Santé Innovation ne peut se résoudre à une accélération des déremboursements de soins pour faire face à la croissance des dépenses de santé.

Le HCAAM démontre qu'il faudrait diminuer le taux de prise en charge globale de l'Assurance Maladie de plus de 6 points en 2020, pour faire face à l'augmentation des dépenses. Une rupture qui serait non seulement violente pour nos concitoyens tant elle se traduirait par un recul des prises en charges, mais qui serait contraire aux principes fondateurs de notre système, basé sur la solidarité entre les malades et les biens portants.

Seule une maîtrise des dépenses de santé constitue une solution d'avenir.

En effet, des marges importantes d'économies existent, sans que celles-ci n'engendrent fatalement une dégradation de la performance et de la qualité de notre système. Car il n'y a pas, au-dessus d'un certain seuil, de corrélation entre le niveau de dépenses de santé et l'état de santé de la population. Comment expliquer sinon que les dépenses de santé japonaises soient inférieures de près de trois points de PIB pour une espérance de vie supérieure de deux années ?

Espérance de vie à la naissance et PIB par habitant, 2009
(ou année la plus proche)



Source : OCDE statextracts, novembre 2013

Les systèmes suédois, allemand ou anglais sont aujourd’hui aussi, voire plus performants que le système de santé français, pour un coût bien inférieur. Et même si la comparaison de la performance globale des systèmes de santé est délicate, un certain nombre d’indicateurs pousse à interroger la pertinence de nos dépenses.

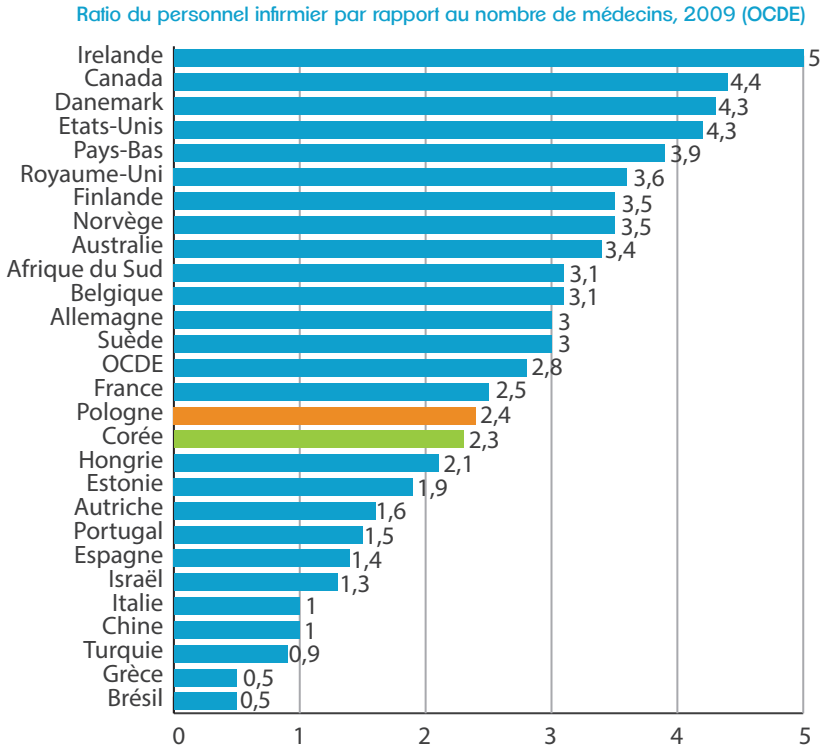
Notre consommation de médicaments est 40 % plus élevée que la moyenne des pays européens et surtout, nous consommons d’avantage de produits pharmaceutiques récents – souvent plus chers - et moins de génériques. Maitriser les dépenses de santé nécessite de soulever des questions lourdes sur notre système et son organisation.

Des questions sur le nombre d’établissements de santé (2700 en France, 2000 en Allemagne et 650 en Angleterre) ; sur le faible nombre d’infirmiers et sur la limitation de leurs compétences ; sur l’insuffisance des dossiers partagés. Des questions très politiques sur la possibilité pour notre système de santé de continuer à faire de la liberté, des patients et des prescripteurs, un principe sacré.

Déterminer le juste niveau de dépenses est difficile mais cette recherche de gains d’efficacité est nécessaire à tous les niveaux pour assurer à la soutenabilité de notre système.

L’optimisation des processus de soins, de la pertinence des actes

ou de la coordination de l'ensemble des acteurs, sont des leviers de majeurs de maîtrise des dépenses.



Source : OCDE 2009

Au regard de la complexité de la problématique, qui commande une approche et des propositions affinées, le *Cercle Santé Innovation* consacrera un rapport spécifique à cette question.

Des choix importants devront être faits entre les objectifs de réduction du déficit, d'offre de soins de qualité, et de liberté.

Ces arbitrages nécessitent un pilotage unifié du système, un calendrier précis et l'engagement de tous afin de concilier les intérêts divergents des acteurs et trouver ainsi un compromis équitable entre un niveau de dépense acceptable et un juste niveau de qualité des soins.

C - Le financement des dépenses de santé doit être réformé

Parallèlement à l'action résolue de maîtrise des dépenses de santé, un nouveau mode de financement des dépenses doit être imaginé non pas pour repousser le jour de la rigueur, mais pour être économiquement et socialement plus efficace.

Pour le *Cercle Santé Innovation*, ce mode de financement devrait reposer sur une évolution et un élargissement des recettes, de façon à mettre à contribution l'ensemble des revenus. Comme aujourd'hui les conditions d'affiliation sont liées à la résidence sur le territoire national, il serait naturel qu'il en soit +ainsi des conditions de financement.

A l'heure actuelle, et en dépit de l'élargissement continu des sources de financement de l'Assurance Maladie opéré ces dernières années, les revenus du travail sont ceux les plus fortement mis à contribution.

Alors que notre système de protection sociale repose à près de 70% sur les revenus du travail, il paraît déraisonnable d'envisager de financer les nouvelles dépenses de santé que la France va devoir assumer par un alourdissement des cotisations des salariés et des entreprises.

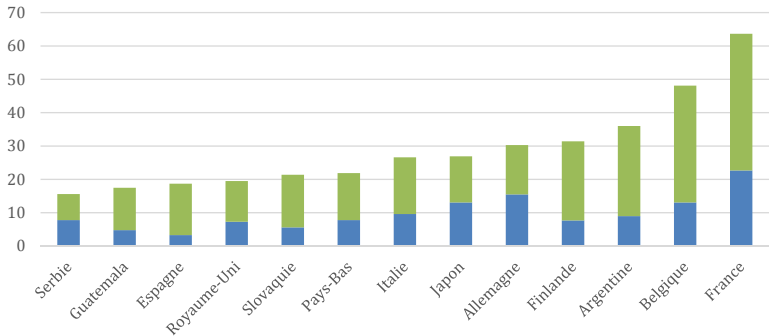
Une telle option aurait en effet de lourdes conséquences sur la compétitivité de la France.

Certes, le déficit de compétitivité de l'économie française est multifactoriel. L'augmentation plus rapide en France, par rapport à la zone euro, des coûts salariaux est toutefois une raison centrale de ce manque de compétitivité, même si cette dernière a été compensée par une diminution des taux de marge des entreprises.

En 2007, le coût du travail en France était ainsi 21% plus élevé que celui en Allemagne. Les différentes analyses menées sur le sujet convergent toutes sur le fait que les cotisations d'Assurance Maladie sont au cœur de la problématique du coût du travail, puisqu'elles constituent près de 20% du coût total des charges sociales.

Il semble donc urgent, de dé-corréler les dépenses de santé des coûts pesant sur la compétitive économique.

Cotisations de sécurité sociale moyennes dans les pays de l'OCDE (en% du salaire brut pour un travailleur gagnant le revenu moyen)



Source : OCDE

Seule une diminution du coût du travail permettrait une amélioration des marges des entreprises, et donc de leur capacité d'investissement. Notre modèle de financement de la protection sociale a été construit sur un modèle des trois âges (formation, actif, retraité) qui justifiait la mise à contribution des revenus du travail. Ce modèle est à l'évidence dépassé, et une nouvelle logique de financement s'impose donc.

Bien sûr, cette évolution du mode de financement ne résoudra pas à elle seule le problème de compétitivité des entreprises françaises mais elle pourra desserrer les contraintes qui pèsent sur les marges des entreprises et stimuler croissance et innovation.

Mettre à contribution l'ensemble des revenus

Pour mener à bien ce changement, la mise à contribution de l'ensemble des revenus, ceux du travail comme ceux du capital, s'impose. L'élargissement de l'assiette pourrait se faire par une place plus importante de la CSG dans le financement de l'assurance maladie.

La CSG présente en effet l'intérêt de ne pas peser directement sur la compétitivité et de s'adresser à toutes les sources de revenu. Concrètement, le changement d'assiette devrait s'effectuer – en priorité – par un transfert des cotisations patronales vers la CSG. Cette fiscalisation progressive permettrait un financement plus équitable de l'assurance maladie, tout en renforçant la compétitivité de l'économie de notre pays grâce à une baisse le coût du travail.

Cotisations et contributions sociales dues pour le financement du régime général de base de Sécurité sociale*

| | | Employeur | Salaré | Total |
|--|----------------------|-----------|--------|--------|
| <i>Cotisations de Sécurité sociale au 1er janvier 2013</i> | | | | |
| Maladie | | 12,8% | 0,75% | 13,55% |
| Vieillesse | Sous plafond | 8,4% | 6,75% | 15,15% |
| | Au-dessus du plafond | 1,6% | 0,1% | 1,7% |
| Famille | | 5,4% | 5,4% | |
| Accidents du travail (en moyenne) | | 2,43% | 2,43% | |
| <i>Autres contributions au 1er janvier 2013</i> | | | | |
| CSG | | 7,5%* | 7,5% | |
| CRDS | | 0,5%* | 0,5% | |

*Ces taux sont appliqués à 98,25% du salaire brut.

Source : Sécurité sociale

En parallèle, une hausse modérée de la TVA pourrait être engagée qui, tout en n'entraînant pas une hausse des prix, qui viendrait pénaliser la consommation, permettrait de mettre plus fortement à contribution les produits importés sur le territoire national échappant, pour l'heure au financement de la protection sociale.

Pour être efficace et juste, une mise à contribution plus forte de la CSG devra également s'accompagner d'un alignement des différents taux de CSG d'abord entre actifs et retraités, ensuite entre revenus du capital et revenus du patrimoine.

Concernant la situation des retraités, force est de constater qu'ils contribuent moins que les actifs au financement de la protection sociale. Une telle différence ne se justifie plus par les différences de niveau de vie - le taux de pauvreté parmi les retraités est plus faible (4%) que celui des actifs (6%) - étant entendu par ailleurs que la situation particulière des retraités est déjà prise en considération par des réductions d'imposition.

Concernant l'alignement des taux de cotisation entre revenus du capital et revenus du patrimoine, l'avantage indéniable serait de limiter le caractère dégressif du financement de l'Assurance Maladie. Il est important de préciser que les autres revenus de remplacement – des chômeurs, notamment – méritent une attention et un traitement particuliers, soit en maintenant leur taux de CSG au niveau actuel de 6,2% soit en accroissant les prestations sociales. Ne pas faire ce distinguo entérinerait le creusement de l'écart

A - La confusion, voire la concurrence, qui régit actuellement le pilotage du système de santé est préjudiciable à son efficacité

Le pilotage de notre système d'assurance maladie s'est progressivement complexifié au point d'être aujourd'hui dual, entre l'Etat d'une part et l'institution assurance maladie d'autre part. Cette double gestion donne la responsabilité de l'hôpital à l'un et celle de la médecine libérale à l'autre a de quoi surprendre.

Plusieurs rapports de la Cour des comptes en 2012, mais aussi de l'Inspection Générale des Finances ou de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, illustrent les conséquences fâcheuses de cette double régulation. Aucun n'est en mesure de maîtriser l'ensemble et d'organiser les transferts qui s'imposent entre la ville et l'hôpital. Cette situation se traduit par des tensions fortes, dont les Agences Régionales de Santé sont aujourd'hui le théâtre en voyant s'opposer les équipes de l'Etat et les équipes de l'assurance maladie. Au-delà de l'inefficacité générée par ces tensions, c'est bien un problème démocratique qui est ici posé : l'institution Assurance Maladie est-elle réellement légitime pour réguler les dépenses de santé, gérer les risques et piloter le système?

Si l'Assurance Maladie a été pensée et créée comme organisme de gestion, elle s'est érigée au fil du temps comme régulateur du système. Cette prédominance de l'Assurance Maladie s'est effectuée au détriment de l'Etat qui a progressivement abandonné une partie de ses prérogatives.

Plusieurs tentatives de reprise en main par l'Etat ont certes été tentées et ont donné lieu à des affrontements, à l'image des échanges entre la Ministre de la Santé et le Directeur Général de la Caisse nationale d'Assurance Maladie lors de l'élaboration de la loi Hôpital Patient Santé Territoire.

Au-delà du double pilotage induit, la problématique centrale réside bien dans l'absence de légitimité démocratique de l'assurance maladie pour réguler le système de santé. S'il est vrai que les partenaires sociaux étaient initialement au cœur du pilotage d'un système conçu pour faire contrepoids au système parlementaire, il ne reste aujourd'hui plus grand chose de l'esprit originel de démocratie sociale imaginé par le Conseil National de la Résistance. Nous soulignons, une fois encore qu'aucune élection des représentants à l'Assurance Maladie n'a été organisée depuis 1983... Au défaut de légitimité de l'Assurance Maladie s'est donc ajouté un déficit démocratique.

Avec le nouveau système de financement des dépenses de santé que le *Cercle Santé Innovation* appelle de ses vœux, la question du pilotage et de la régulation du système de santé devient une question centrale.

Outre l'Etat, une participation plus directe des usagers du système de santé dans ce pilotage réinventé semble indispensable afin de conforter les choix collectifs de régulation.

B - L'articulation entre assurance maladie obligatoire et assurance complémentaire est aujourd'hui source de difficulté et de confusion

A la fois pour des raisons historiques (les mutuelles existaient bien avant la sécurité sociale) et financières, les mutuelles et assurances complémentaires tiennent une place particulière dans ce système, place qui s'est accrue car elles ont été largement mises à contribution. Elles couvrent aujourd'hui 13,6% de la totalité des dépenses de santé et 20,5% de l'ambulatoire.

Si 92% des Français disposent d'une protection complémentaire, une proportion non négligeable de ménages à bas revenus n'en bénéficie pas, et ce malgré la CMU-C. Le non accès à une complémentaire santé touche de manière plus aiguë les populations les plus défavorisées. Non seulement, les plus modestes ont souvent des contrats moins avantageux mais l'acquisition de ceux-ci pèse de manière plus importante dans leur budget.

La part du revenu consacrée à l'achat d'une complémentaire est

Les organismes complémentaires occupent une place de plus en plus importante dans le financement des dépenses de santé



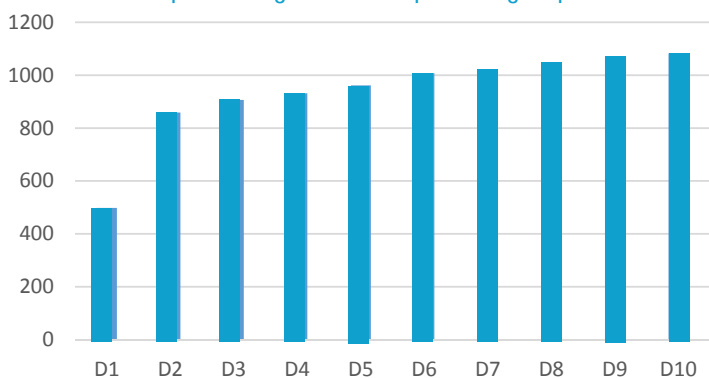
Source : Irdes

ainsi de 2,9% pour les ménages les plus aisés alors qu'elle est de 10,3% pour les plus modestes.

Cependant, comme l'indique le rapport sur la maladie remis aux parlementaires à l'occasion du PLFSS 2014 : « la France est, après les Pays-Bas, le pays développé dans lequel le reste à charge des ménages sur leurs frais de santé en part de la consommation de soins et de biens médicaux, après intervention des complémentaires santé, est le plus faible parmi les pays développés ». Autrement dit : c'est en France que les ménages déboursent le moins.

Soulignons en outre que l'extension de la couverture complémentaire a des conséquences bénéfiques incontestables en terme de santé publique. La consommation de biens médicaux des personnes récemment couvertes par une complémentaire s'aligne,

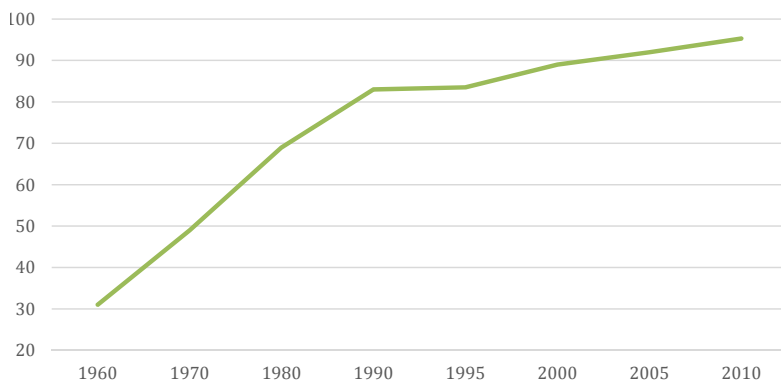
Dépenses moyennes d'AMC par ménage et par décile de vie



Source : Sécurité sociale

en quelques années, sur celles des autres assurés sociaux. Sur la base de ces constats, la nécessité de généraliser l'accès des complémentaires apparaît comme un objectif prioritaire. C'est le sens de l'accord national interprofessionnel conclu en janvier 2013 et entériné par la représentation nationale dans des conditions opérationnelles discutables et juridiquement fragiles.

Evolution de la population bénéficiant d'une couverture maladie complémentaire (en%)



Situation de quasi-généralisation de la couverture complémentaire santé puisque seul 4% (soit 2,5 millions de personnes) n'était pas couverte en 2010, contre 31% en 1980. On estime qu'environ 2% de la population n'est pas couverte pour des raisons financières.

Source : Irdes

Elles sont aussi onéreuses. Avec cet accord, les aides à l'acquisition d'une mutuelle vont croître d'environ de 2 milliards d'Euro, en dépit de leur coût, déjà important. Selon le HCAAM, le coût global des politiques de diffusion de la complémentaire santé s'élève à 7,6 Milliards.

Il est évident qu'à partir du moment où un mécanisme facultatif d'assurance devient obligatoire, l'essence même de cette assurance et le rôle qu'elle remplit se posent. Il est donc urgent d'en débattre avec les intéressés qui ont librement choisi leur affiliation. Il convient aussi de ne pas oublier l'importance que la Mutualité joue dans les territoires : c'est un mouvement social aussi utile que profondément enraciné à qui il serait envisageable de confier d'autres rôles.

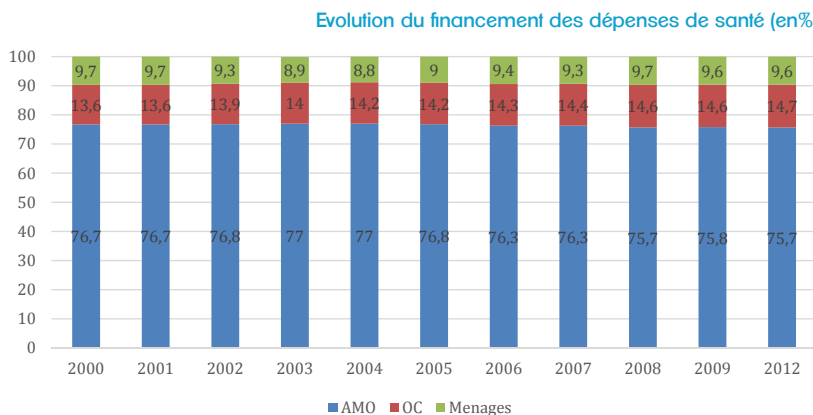
Le besoin de clarifier le rôle des complémentaires

Dans ce nouveau paysage où l'accès aux complémentaires est en passe d'être généralisé, et où les sommes engagées par l'Etat vont être extrêmement importantes, un enjeu majeur apparaît : celui de la clarification du rôle des protections complémentaires et de leur articulation avec le système d'assurance maladie obligatoire. Le système actuel, qui ne précise pas le rôle dévolu à chacun ne peut en effet raisonnablement perdurer.

L'Assurance Maladie a en effet eu tendance ces dernières années à se recentrer sur la prise en charge des « gros risques » au premier rang desquels les remboursements aux personnes en Allocation Longue Durée et aux personnes les plus modestes.

Bien qu'attachés à leur protection complémentaire, les Français ont de plus en plus de mal à comprendre leur articulation avec l'Assurance Maladie. Ils sont également troublés par l'augmentation régulière du coût des complémentaires dans leur budget.

Ce glissement de l'assurance maladie obligatoire vers les complémentaires est une tendance ancienne, lourde de conséquences et qui a été plus subie que choisie. Elle existe. Les sommes en jeu sont considérables et il n'est pas envisageable de prétendre s'en passer. Toutefois, au regard des sommes engagées par l'Etat mais aussi du trouble démocratique que cette situation engendre, l'Etat a la responsabilité d'apporter de la clarification et du sens à sa politique. Cet objectif est d'autant plus impératif que cela se conjugue avec le sentiment généralisé au sein de la population d'une santé de plus en plus chère et d'un niveau de protection toujours plus fragile.



Source : DREES, comptes de la santé 2011

C – La nécessité d'un pilotage unifié de notre système de santé

Un pilote unique pour le système de santé

Aujourd'hui les caisses d'assurance maladie vérifient des droits que tout le monde a, maintiennent la fiction d'une inexistante démocratie sociale et imposent des mécanismes de vérification des droits et des remboursements de feuilles maladies -auxquels nous sommes habitués - mais qui sont n'en sont pas moins d'onéreuses et inutiles usines à gaz, sans vouloir ici insulter les raffineurs de ce précieux combustible.

Après avoir engagé un débat avec le monde agricole (la MSA joue un rôle spécifique) et les assureurs complémentaires, il nous paraît nécessaire d'aller vers un pilotage unique.

Le premier axe de l'évolution proposée pour le pilotage de notre système de santé réside dans une réaffirmation des prérogatives de l'Etat. Pour cela, l'institution assurance maladie doit être remplacée par une agence sous contrôle de l'Etat et dont le rôle serait de piloter le système, de répartir les fonds, de décider la politique de tarification et de remboursement, de gérer concrètement le risque, de soutenir des programmes de santé publique, d'animer la politique de prévention...

Cette agence, dont le directeur serait nommé en conseil des ministres et révocable à tout moment, serait dirigée par un conseil de surveillance composée des représentants des employeurs et des salariés, des financeurs, des représentants des patients mais aussi des représentants des organismes complémentaires. Au sein de ce conseil, l'Etat serait par ailleurs représenté par un commissaire du gouvernement dont la voix serait prépondérante. Enfin, l'Etat assurerait le contrôle de cette agence et la cohérence de son action avec les priorités gouvernementales, qui préfigurerait une Agence Nationale de Santé, au moyen d'un contrat d'objectif et de gestion, lui-même établi sur la base des priorités de santé publique définies par le Parlement et évaluées périodiquement.

Cette proposition pose la question du rôle de l'ACOSS. Faut-il la maintenir ? Faut-il transférer ses compétences au Budget ? Faut-il enfin créer une agence purement technique exclusivement dédiée au financement du système ? Cette dernière hypothèse supposerait de créer, à côté de l'agence « politique » de pilotage du système, une agence technique exclusivement dédiée au financement du système. Sur la base des missions aujourd'hui dévolues à

l'ACOSS, cette agence aurait la mission de gérer l'encaissement des recettes et de procéder aux paiements des assurés sociaux. Elle serait en outre chargée de procéder aux contrôles nécessaires et à la lutte contre la fraude. Cette caisse, sorte d'ACOSS aux missions élargies, n'aurait aucun poids politique mais permettrait une gestion optimisée du financement. Elle agirait en tant que financeur unique du système.

L'organisation ainsi dessinée opère une rupture forte avec le modèle actuel. Elle présente l'intérêt de réaffirmer le rôle et les responsabilités de l'Etat, de renforcer la légitimité démocratique du système et de mettre fin à la confusion des missions entre Etat et Assurance maladie. Dans ce système, nous imaginons des complémentaires qui ne sont plus à côté ni en dehors du système. Elles sont intégrées, parties prenantes. Elles deviennent de véritables acteurs responsables, de véritables complémentaires dont le rôle est clair et reconnu.

D – La régionalisation et le renforcement de l'autonomie des acteurs, conditions de réussite et d'efficience.

La mise en place d'un pilote unique pour notre système de santé est une condition d'efficience et de démocratie. Pour autant, le *Cercle Santé Innovation* ne conçoit cette évolution profonde du pilotage que si elle est conduite par un renforcement de l'échelon régional et de l'autonomie des acteurs. Pilote unique ne doit pas vouloir dire renforcement de la centralisation. Il importe en effet que les producteurs de soins soient indépendants, plus encore qu'ils ne le sont aujourd'hui. Le *Cercle Santé Innovation* estime que plusieurs conditions sont nécessaires à cette évolution.

Faire des Agences Régionales de Santé les pilotes régionaux du système.

Alors que la mise en place des ARS en 2009 n'a pas permis de mettre fin à la dichotomie entre agence et assurance maladie, l'heure est venue qu'à l'instar de l'unification nationale, le niveau régional voit l'émergence d'un pilote unique. La territorialisation du pilotage à l'échelle des régions, voir des macro-régions, constitue une voie d'avenir.

Renforcer l'autonomie des acteurs.

Les acteurs du système sont les seuls légitimes pour le gérer efficacement. Les preuves de leurs compétences ont été apportées depuis longtemps. Il suffit, pour s'en convaincre, d'observer la vitesse avec laquelle les offreurs de soins ont su faire évoluer leurs pratiques, maîtriser leurs coûts, qualifier leur main d'œuvre. En outre, rares sont les secteurs qui peuvent s'enorgueillir d'avoir su absorber autant de réformes, autant d'injonctions paradoxales, avec autant d'efficacité que le secteur de la santé.

La tendance constatée ces dernières années d'une centralisation forte du système de santé n'est ainsi ni efficiente, ni adaptée. A l'heure où des parcours de santé doivent se structurer, où des réponses adaptées aux besoins des territoires doivent être apportées, seule une association forte des acteurs de santé au pilotage, permettra de répondre aux enjeux.

Il faut réaffirmer que le pilote national et les pilotes régionaux ont pour seule mission de réguler le système, de le financer et de l'évaluer. Ils ne sont pas légitimes pour le gérer. Les acteurs du système de santé doivent pour leur part avoir la responsabilité de faire vivre les principes et les règles définis par les pilotes.

Associer étroitement les professionnels de santé libéraux à la gouvernance du système

Les propositions du *Cercle Santé innovation* visent à mettre fin à la séparation entre la ville et l'hôpital, dont les modes de régulation obéissent à des logiques et règles différentes. L'unification du pilotage devra permettre d'instaurer des logiques et des règles communes, de faire évoluer les modes de financement.

Pour autant, les propositions formulées ne remettent pas en cause les conventions médicales nationales dont l'utilité reste avérée. La mise en place de conventions médicales territoriales constitue un objectif pertinent, tant elles permettent d'adapter les objectifs de prévention et les modalités d'intervention des professionnels libéraux aux réalités régionales.

Si la question de la territorialisation de la rémunération des professionnels de santé divise aujourd'hui les observateurs, le *Cercle Santé Innovation* considère que des expérimentations mériteraient d'être conduites pour évaluer ses effets.

Poser la question du renforcement de l'échelon régional ou macro-régional dans le pilotage de notre système nécessite de réfléchir à la régionalisation des dépenses de santé et de leur financement. Depuis plusieurs années, des travaux envisagent la mise en place d'Objectifs Régionaux des Dépenses d'Assurance Maladie (ORDAM).

Dans un contexte marqué par de fortes disparités inter-régionales en matière d'indicateurs sanitaires et épidémiologiques, et parce que les pratiques des offreurs de soins divergent sensiblement d'une région à l'autre sans que ces divergences ne s'expliquent par les besoins de santé des populations concernées, une réflexion s'est engagée au cours des derniers mois sur une éventuelle régionalisation des plafonds des dépenses hospitalières.

Plutôt que de fixer des limites pour les seules dépenses sanitaires nationales, l'idée que ces limites puissent être assignées aux dépenses hospitalières région par région est actuellement explorée par certains spécialistes. La mise en place d'ORDAM a notamment été suggérée dans le rapport du sénateur Jean-Pierre Fourcade relatif à l'application de la loi HPST.

Les promoteurs du dispositif y voient une façon de mieux mettre en lien les besoins des populations et les moyens alloués par la collectivité aux offreurs de soins, une façon plus pertinente et vertueuse de distribuer les ressources. Ils en attendent une redistribution des moyens entre territoires et/ou la prévention de tendances à favoriser les « plus offrants » peu scrupuleux de l'adéquation de leur offre aux besoins.

La mise en place d'une telle régionalisation des dépenses, si elle est une perspective qui suscite l'intérêt du CSI n'est pas sans poser des difficultés opérationnelles qu'il importe de traiter. La mise en place d'ORDAM suppose de définir les critères de fixation des objectifs régionaux, c'est-à-dire de traduire en critères évaluables les besoins de santé auxquels devrait répondre les offreurs d'une région donnée. Il faut traiter, notamment pour l'Ile-de-France, la prise en charge des populations d'autres régions...

Toute une série de questions se pose, mais à partir du moment où il n'y a plus qu'une source de financement, il est inévitable que l'on

réfléchisse à la question de la régionalisation du financement.

Le *Cercle Santé Innovation* recommande donc d'engager une expérimentation à grande échelle, concernant deux ou trois régions, afin d'évaluer précisément, les impacts d'un ORDAM.

3

Créer les conditions d'une nouvelle régulation du système de santé

Pour prendre corps, le nouveau système de pilotage du système de santé doit être accompagné par certaines mutations. Celles-ci concernent notamment le rôle donné à la Haute Autorité de Santé, l'accès nécessaire aux données de santé et le renforcement du rôle des patients dans la gouvernance du système.

A - Faire de l'évaluation un principe cardinal

Les évolutions, majeures, proposées par le *Cercle Santé Innovation* ne sauraient être mises en œuvre sans être accompagnées par une nouvelle structuration des politiques publiques faisant de l'évaluation un principe clé.

L'amélioration du pilotage de notre système de santé commande en effet que la culture de l'évaluation se diffuse plus fortement dans la décision publique. Sans entrer dans une analyse fine que commanderait pourtant cette question, l'évaluation devra se décliner à trois niveaux :

- Dans le pilotage du système tout d'abord.

Tout pilotage suppose d'être encadré par la définition d'objectifs politiques majeurs, eux-mêmes fondés sur un jeu d'indicateurs sur l'état de santé de la population, sur les inégalités de santé, sur les inégalités d'accès aux soins, ou encore sur le niveau des dépenses, sur la pertinence des actes. La France dispose d'outils statistiques performants qui doivent désormais être plus fortement mis au service du pilotage de notre système de santé.

- Dans l'évaluation de l'efficacité de l'action publique.

Les objectifs fixés par le pouvoir politique doivent être évalués avec précision et les résultats faire l'objet de débats parlementaires. Trop souvent, les réformes se succèdent et les décisions

s'enchainent sans que les résultats ne soient évalués. La généralisation de l'évaluation est indispensable pour renforcer l'efficacité des décisions mais aussi pour donner sens et cohérences aux réformes.

- Dans l'évaluation des innovations.

A l'heure où notre système de santé connaît de profondes évolutions thérapeutiques, technologiques, et organisationnelles, l'évaluation des innovations apparaît comme un principe indispensable pour renforcer l'efficacité des décisions et éclairer les choix des pouvoirs publics.

B - Créer une nouvelle autorité de santé, pleinement indépendante pour éclairer la définition du panier de soins

La création d'une Haute Autorité de Santé, repensée dans ses missions, son organisation et son fonctionnement apparaît comme un préalable indispensable pour une nouvelle régulation du système de santé.

Cette autorité devra avoir pour mission centrale d'alimenter le débat démocratique quant à la définition des dépenses devant être prises en charge par l'assurance obligatoire. Pour cela, la nouvelle Haute Autorité devra veiller aux évolutions technologiques du système de santé qui vont impacter sur les dépenses de demain, et mènera un travail orienté vers la lutte contre les actes et prescriptions inutiles, le contrôle des prescriptions. Pour construire un système responsable et efficace, le système actuel de payeur aveugle et impuissant ne doit pas perdurer.

L'indépendance de cette nouvelle autorité devra être garantie afin qu'elle puisse veiller sereinement à l'évolution des pratiques, des nouvelles technologies, et qu'elle puisse également évaluer la performance des établissements et des professionnels de santé. Seul l'agrégat de ces différents éléments et son indépendance lui permettront d'éclairer la décision politique, avec pour seul souci l'intérêt de la population et la soutenabilité des dépenses de santé. Pour donner à cette Haute Autorité l'expertise que commandent ses nouvelles missions, les responsables politiques devront regrouper les différentes agences qui existent aujourd'hui et dont la dispersion est source de confusion et d'inefficacité.

Sans entrer dans une analyse approfondie de la question, le Cercle Santé Innovation propose que la nouvelle Haute Autorité de santé soit créée notamment par le regroupement de l'actuelle HAS, de l'Agence nationale d'Appui à la Performance (ANAP) ou encore de l'Agence des Systèmes d'information partagés (ASIP). En outre, pour mener à bien sa mission, la nouvelle autorité devra pouvoir s'appuyer sur les compétences des médecins conseils aujourd'hui en fonction au sein de l'Assurance Maladie, qui lui seraient désormais rattachés.

A partir des éclairages et analyses de la haute Autorité, la représentation nationale aura pour responsabilité de décider ce qui relève et ne relève pas du panier de soins et donc des niveaux de remboursement. Chaque année, le débat parlementaire devra donc décider de l'évolution de la prise en charge des dépenses de santé, conduisant ainsi le politique à réinvestir un champ fondamental dans la vie de nos concitoyens.

C - Donner une plus grande autonomie à l'hôpital public dans ses différents statuts

Le système de santé français, considéré comme l'un des plus remarquables au Monde le doit notamment à sa diversité. La France a en effet la chance d'avoir aujourd'hui trois systèmes hospitaliers différents : les hôpitaux publics, les établissements de santé privés et les établissements de santé à but non lucratif. Le Cercle Santé Innovation réaffirme son attachement à l'existence de cette offre diversifiée. Cette situation, assez unique en Europe, permet à tous de se faire soigner dans des délais raisonnables et d'éviter les listes d'attentes de plusieurs mois, qui sont la règle dans de nombreux pays. En outre, cette situation héritée de notre histoire est source d'efficacité : la concurrence est un stimulant et on le voit à l'œuvre dans ce secteur.

Cependant, en dépit de la confiance des français dans leurs hôpitaux et les bons résultats de ces derniers qui ont su faire évoluer leurs organisations, gagner en efficacité et améliorer la qualité et la sécurité des soins, les réformes récentes témoignent d'une marque de défiance à l'égard des établissements de santé. Les politiques conduites ces dernières années accentuent en effet un déjà puissant mouvement de centralisation et remet de facto en

cause l'autonomie des offreurs de soins. Les gouvernements successifs ont multiplié les contraintes juridiques et institutionnelles permettant à l'Etat d'encadrer toujours plus étroitement l'action des établissements publics et privés, sans qu'il soit évident, bien au contraire, que ces mesures favorisent l'atteinte des objectifs recherchés. Ainsi, l'objectif initial des ARS était de construire un projet de santé centré coordonnant les acteurs pour mieux répondre aux besoins de la population, mais ces agences sont devenues en quelques années, des organes de tutelles administratives lourdes, éloignées de l'essentiel (la stratégie), cristallisant le mécontentement des acteurs.

Alors que la majorité des grands pays développés ont choisi la voie de la responsabilisation pour améliorer l'efficience de leurs systèmes, la France continue inlassablement son mouvement centralisateur au point que l'hôpital public finit par se fondre dans l'Etat, qui devient alors à la fois régulateur et gestionnaire. L'hôpital est une institution complexe qui ne peut être gérée seulement par une avalanche de règles pointillistes et souvent contradictoires, d'autant plus que les règles essentielles de gestion (nominations et choix stratégiques) lui échappent en partie. On constate d'ailleurs, quatre années après le vote de la loi HPST, que ce double rôle, paradoxalement le paralyse car les décisions de fermeture de tel ou tel service remontent toujours au plus haut niveau de l'Etat. La fermeture de l'Hôtel-Dieu à Paris, illustre notamment ce propos.

Ainsi, si le Cercle Santé Innovation propose la création d'instances nationales et régionales fortes, il importe que l'Etat ne soit plus à la fois régulateur et producteur de soins médicaux, qu'il ne soit plus juge et partie.

Il s'agit donc de faire des établissements de santé, des organisations véritablement indépendantes, dans leur gouvernance, leur direction, et dans le choix de leurs équipes soignantes. Il faut franchir le pas. Plusieurs solutions existent. Il y a des exemples à l'étranger. La solution sera française, mais il faut que le régulateur puisse se dégager des affaires quotidiennes.

D - Garantir un accès généralisé aux données de santé

L'émergence d'une nouvelle organisation du pilotage du système de santé et le renforcement de la solidarité nationale dans le remboursement des dépenses de santé supposent, pour fonctionner, une révolution dans l'accès aux données.

En effet, les professionnels de santé, les patients, mais surtout les organismes complémentaires qui sont appelés à exercer de nouvelles responsabilités au sein du système de santé, doivent pouvoir fonder leurs décisions sur des données précises.

Le système actuel dans lequel l'accès aux données de santé est fortement contraint et donc dans lequel ces données sont sous exploitées n'est plus tolérable. Il correspond à une vision ancienne dans laquelle la détention de l'information signifiait la détention du pouvoir. Aujourd'hui à l'inverse, le pouvoir procède non pas de la détention de ces informations mais bien de leur circulation. Ouvrir les données de santé, c'est donner le moyen aux pouvoirs publics et à leurs partenaires, d'identifier les dysfonctionnements, les inefficiences, et autres mauvaises pratiques existant au sein de notre système. C'est également donner aux usagers et à leurs représentants, les clés de compréhension nécessaires à la construction d'une véritable démocratie sanitaire.

Cette évolution est indispensable pour renforcer la confiance des français dans leur système de santé, qui, si elle reste forte, n'a cessé de s'étioler au cours des dernières années. A l'heure où les démarches d'open data - fleurissent à travers le monde ; à l'heure où de nombreuses collectivités territoriales françaises ont commencé à voir dans le développement de portail d'informations, une façon d'apporter de la valeur ajoutée à leur organisation ; la question de l'accès aux données de santé reste extrêmement difficile. Aujourd'hui, chaque acteur du système produit une source considérable d'informations, qui sont autant d'éléments potentiels pour son amélioration.

Il existe déjà un Institut compétent, l'Institut des données de santé qui peut garantir la mise à disposition contrôlée de données retraitées, et anonymisées. Il suffit de lui confier cette responsabilité et non pas de le faire disparaître dans une bureaucratie étatique, pire encore que la situation actuelle. Le décroisement du système de santé – entre médecine de ville et hospitalière, entre le sanitaire et le médico-social – passe par une utilisation collective et partagée des données de santé.

E - Construire le système de pilotage dans une logique de parcours de santé

Le décroisement des acteurs, des professionnels, du monde sanitaire et médico-social est une condition fondamentale à l'instauration de parcours de santé, voire de parcours de vie.

L'amélioration de l'efficacité du système de santé implique une coopération entre tous les professionnels de santé, de l'hôpital à la médecine de ville, du public au privé, et un dialogue renouvelé entre les acteurs institutionnels et les acteurs de terrain. A l'heure actuelle, les patients cheminent de structures en structures, victimes directes d'une prise en charge segmentée, qui connaît parfois des ruptures, qui nuisent à la qualité et à la pertinence de leur prise en charge.

La construction de cette médecine de parcours nécessite un financement pérenne et stable de ce rôle, qui doit être en tant que tel reconnu. Autrement dit, il n'est plus envisageable d'avoir des réseaux dont la pérennité est en permanence menacée. Les parcours de santé s'ils sont organisés et contrôlés sont l'assurance d'une politique active de prévention et d'éducation thérapeutique, permettant d'éviter les recours inutiles à l'hospitalisation. La coordination entre les différentes prises en charges – sanitaires, médico-sociales et sociales – doit également permettre en aval, de faciliter la sortie de l'hospitalisation et le retour à domicile ou dans un établissement adapté.

L'établissement de ces réseaux territoriaux de soins ne pourra se faire sans la réforme du financement des établissements de santé, mais aussi de la rémunération des équipes soignantes.

La coordination des professionnels doit en effet être encouragée et valorisée grâce à l'intégration d'une part de rémunération forfaitaire dans le système de tarification à l'activité.

F - Renforcer le rôle des représentants de patients dans le pilotage du système de santé

L'association plus forte et plus étroite des patients et de leurs représentants à la gouvernance de notre système de protection sociale est indispensable. Alors que leur participation est souvent réduite, tant au sein des établissements de santé qu'au sein des com-

missions régionales de santé et d'autonomie (CRSA), les patients doivent être les acteurs des grandes orientations que prend le système de santé, son financement. Il est ainsi envisageable d'associer des représentants d'usagers à la politique de santé au-delà des structures consultatives auxquelles elles participent déjà.

C'est le sens de la proposition du *Cercle Santé Innovation* d'intégrer les représentants de patients dans la gouvernance de l'Agence nationale de Santé, afin qu'ils participent aux choix de financement, aux choix d'utilisation des fonds, à la gestion des risques, aux programmes de prévention...

Cette évolution suppose de renforcer la représentativité des associations et, pour cela plusieurs expériences conduites à l'étranger peuvent inspirer la France. Ainsi celle de l'exemple hollandais dans lequel le gouvernement subventionne un fonds de soutien aux associations transversales.

Une autre option pour renforcer la place et le rôle des patients dans la gouvernance de notre système serait, à l'instar des jurys d'assises et du Comité Nationale d'Ethique, de tirer au sort des citoyens chargés de représenter tous les usagers au sein des instances dirigeantes du système de santé.

Devant la complexité que recouvrent souvent les décisions à prendre, l'enjeu de la formation des représentants de patients ressort avec force. Les futurs représentants des usagers doivent ainsi être formés aux enjeux globaux du système et doivent pouvoir se dégager de leur situation professionnelle pour une période de temps donné et non reconductible.

L'ampleur de la crise actuelle exige des solutions nouvelles pour sauvegarder mais aussi consolider notre pacte social. Pour le *Cercle Santé Innovation*, l'enjeu n'est plus aujourd'hui d'aménager le système actuel, mais d'opérer une rupture avec les politiques conduites ces dernières décennies, tout en conservant ses principes fondateurs et ses valeurs.

La vision portée par le Cercle tend ainsi à sauver la vision « solidariste » de notre système, pour reprendre les termes de Pierre Rosanvallon, et à empêcher l'émergence d'une vision dans laquelle la collectivité de référence n'est plus la nation mais des groupes de référence aux risques spécifiques.

Les propositions portées par ce rapport opèrent une triple rupture avec la situation actuelle. Une rupture démocratique car le citoyen se trouvera d'avantage associé ; une rupture légitime puisque l'Etat et la représentation nationale fixeront les règles du jeu ; une rupture équitable car elle concernera toutes les sources de revenus et tous les acteurs de santé qu'ils soient publics ou privés, hospitaliers ou libéraux. Toutefois, cette rupture ne produira ses effets que si elle est portée politiquement, expliquée aux Français et conduite avec détermination.

Les propositions avancées par le *Cercle Santé Innovation* visent à rénover la régulation de notre système de santé.

D'autres évolutions seront également nécessaires, évolutions qui seront autant de réflexions à venir pour le Cercle, qu'il s'agisse de l'organisation territoriale de l'offre de soins, du management des hommes et des femmes qui le font vivre, de la maîtrise des dépenses de santé... Le présent rapport se veut donc être la première pierre d'une réflexion globale.

Index des sigles utilisés

ACOSS : Agence centrale des organismes de sécurité sociale

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance

ARS : Agence régionale de santé

ASIP : Agence des systèmes d'information partagés en santé

CADES : Caisse d'amortissement de la dette sociale

CRDS : Contribution pour le remboursement de la dette sociale

CSI : Cercle Santé Innovation

CSG : Contribution sociale généralisée

HAS : Haute autorité de santé

HPST (loi) : Loi « Hôpital, patients, santé, et territoires »

ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance maladie

ORDAM : Objectif régional des dépenses d'assurance maladie

Synthèse de la soirée-débat du 4 juillet 2013

Amphithéâtre de l'École du Val de Grace - Paris

Lancé en février dernier pour contribuer à la réflexion et au débat sur l'avenir de notre système de protection sociale, le *Cercle Santé Innovation* a choisi d'orienter ses premiers travaux autour du devenir de l'institution Assurance Maladie. Sous la direction du Pr. Jean de KERSVADOUE, un groupe de jeunes professionnels – médecins, directeurs d'hôpitaux, membres des fédérations ou du service de santé des armées – travaillent, depuis le mois d'avril à l'élaboration des recommandations qui seront soumises à la validation du collège des experts du Think Tank.

Après plusieurs semaines de travail de recherche, de rédaction ou d'auditions de personnalités qualifiées, le Président du Cercle, Gérard LARCHER, a souhaité confronter les premiers éléments de réflexion du *Cercle Santé*

Innovation à des acteurs majeurs de notre système de protection sociale que sont MM. Etienne CANIARD, Frédéric VAN ROEKEGHEM et Guillaume SARKOZY.

Ce débat, qui s'est déroulé le 4 juillet dernier à l'amphithéâtre de l'école du Val-de-Grâce, a permis d'alimenter la réflexion du *Cercle Santé Innovation*, dont les recommandations seront dévoilées à l'automne. Il aura également permis de réunir autour d'une même table, des personnalités qui n'ont que trop peu l'occasion de dialoguer.

Et c'est bien là tout l'objectif du *Cercle Santé Innovation*, qui a souhaité, dès sa création, susciter les échanges entre tous les acteurs du système de santé, afin d'en proposer une vision transversale, indépendante et décloisonnée.

Synthèse des échanges :

Aujourd'hui encore, l'assurance maladie porte en elle l'héritage des fondateurs de 1945 : son fonctionnement, son organisation, son financement même correspondent à un système pensé pour protéger les seuls salariés du risque maladie. Pourtant notre système de protection sociale n'a eu de cesse d'évoluer et l'institution assurance maladie est aujourd'hui questionnée. Le contexte économique français mais aussi mondial nécessite une révision profonde de notre modèle de protection social à l'instar des réformes passées ou en cours dans de nombreux autres pays.

Depuis plus d'une décennie, le taux de croissance des dépenses de santé est supérieur à celui du PIB français et à celui des recettes. En conséquence, le déficit de la sécurité sociale ne cesse d'augmenter malgré une fiscalité croissante. La dette sociale française s'élève ainsi à 300 milliards d'euros depuis 1991. Or, ni la valeur des gains en santé et en longévité, ni l'allongement de l'espérance de vie ne peuvent exclusivement expliquer l'augmentation des dépenses.

Quelles sont les mesures nécessaires à un retour à l'équilibre de l'assurance maladie ?

L'augmentation des recettes ne pourra pas être utilisée indéfiniment pour pallier au déséquilibre financier de l'Assurance maladie. Le mal est plus profond. L'efficacité de notre modèle d'assurance maladie doit ainsi être remis en question puisque de nombreuses ressources sont aujourd'hui mal employées. Au sein de la caisse nationale d'assurance maladie, plusieurs milliers d'emplois sont par exemple inutilement affectés à la vérification des droits alors que depuis janvier 2000, c'est le critère de résidence sur le territoire qui définit l'affiliation à l'Assurance maladie. Par ailleurs, notre système d'assurance maladie est fortement questionné quant à sa légitimité démocratique puisqu'aucune élection au sein de son conseil n'a été organisée depuis 1983...

Ce manque de légitimité fragilise-t-il l'assurance maladie ? Est-il nécessaire de fusionner rapidement des régimes pour améliorer la lisibilité et la cohérence du système ?

Un autre élément d'interrogation est la persistance d'un dualisme au sein de notre système de santé entre d'une part, la tutelle des hôpitaux, aujourd'hui confiée à l'Etat tandis que celle de la médecine de ville revient à l'Assurance Maladie. D'innombrables cloisons existent encore entre la ville et l'hôpital, entre les ARS et l'assurance maladie, entre l'éducatif, le social et le sanitaire. Le corps médical continue en outre de s'opposer à la co-gestion du système et à la mise en place des réseaux de soins.

Comment aller vers une coopération réelle entre les financeurs et les acteurs du système, et entre l'ensemble des offreurs de soins ?

Enfin, la place des assurances des assurances maladies complémentaires devrait également être révisée, dans le sens d'une meilleure complémentarité. L'Assurance Maladie est très rétive à la transmission des données de santé aux complémentaires qui en ont pourtant besoin pour gérer le risque.

Cette situation peut-elle durer encore longtemps ? Comment organiser cet accès aux données de santé ?

A partir de ces constats, plusieurs points de convergence se sont dégagés des interventions des orateurs et des questions des personnalités assistant au débat.

Mieux définir la place des organismes de santé complémentaires

Si les assurances complémentaires et l'assurance maladie n'ont ni le même rôle, ni les mêmes principes, ni les mêmes statuts, il est certain que les complémentaires doivent davantage prendre leur part dans la régulation des dépenses de santé. Dans un contexte économique délicat, les complémentaires santé doivent également se réorganiser, pour limiter les coûts de gestion et d'éparpillement. Alors qu'elles sont très fortement aidées par l'Etat - à raison de 5,3 milliards d'euros par an - cet argent ne semble aujourd'hui pas totalement optimisé.

Pourtant, le volume de ces aides va encore augmenter de deux milliards suite à l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013. Si pour M. CANIARD l'ANI va favoriser encourager le passage des contrats individuels aux contrats collectifs, M. SARKOZY estime pour sa part qu'il va permettre aux complémentaires de s'investir dans le domaine de la prévention, et de développer une politique de santé publique au sein de ces organismes.

L'enjeu de demain sera certainement de mettre les complémentaires devant leurs responsabilités pour les domaines où elles sont déjà majoritaires, tels que l'optique et le dentaire. La contractualisation avec l'assurance maladie obligatoire est nécessaire pour avancer sur ces sujets et restreindre les évolutions des dépenses de santé.

Décloisonner le système de santé

Les Etats-Unis sont le seul pays où les réseaux de soins se sont réellement développés. Or 47 millions d'Américains n'ont pas accès aux soins, particulièrement les jeunes et les pauvres, ce qui interroge quant à la pertinence

du modèle. Il a également été rappelé que, en France, ces réseaux ont développé l'offre de soins par deux et induit à une inflation du prix des lunettes.

Si notre système de santé a besoin de développer les capacités d'échange entre les offreurs de soins, la mise en place de réseaux de santé et au-delà, du parcours de soins nécessite de la transparence sur les tarifs et sur les prestations remboursées.

Revoir l'organisation et le financement de l'assurance maladie

F. VAN ROECKEGHEM a rappelé que le rythme d'augmentation des dépenses de santé a fortement diminué au cours de la dernière décennie, et que parallèlement, la gestion de l'assurance maladie s'est améliorée. Le problème est que la croissance potentielle de la France est nulle, et que contrairement à l'Allemagne, le principe d'équilibre des comptes de la sécurité sociale n'est pas inscrit dans la loi.

Si les dépenses de santé sont désormais contrôlées, il faut poursuivre leur maîtrise en supprimant les dépenses de santé inutiles ou ayant un coût de gestion trop élevé. La majeure partie des dépenses de l'Assurance maladie sont le fait de quelques secteurs : pathologies cardio-vasculaires aiguës, cancer, prise en charge des personnes de plus de 67 ans. Cela représente 16 630 euros en moyenne par personne par an. Parallèlement, 35 millions de personnes ne représentent que 10% des dépenses de santé.

Des marges de manœuvre existent donc : le contrôle de la pertinence des actes, l'ajustement des tarifs ou le développement de la chirurgie ambulatoire sont autant de leviers qui permettraient de dégager des financements pour les dépenses de santé innovantes.

Ouvrir plus fortement les données de santé.

La question des données de santé soulève plusieurs enjeux. Tout d'abord, les informations sur le système de santé et protection sociale sont insuffisantes et ne permettent pas aux différents acteurs de jouer pleinement leur rôle de régulation. La diffusion de ces données auprès des professionnels de santé, des patients et des complémentaires faciliterait la coopération entre les acteurs. Il est essentiel que les praticiens hospitaliers puissent avoir accès aux synthèses médicales des médecins libéraux et inversement que les médecins libéraux aient accès aux comptes rendus d'hospitalisation.

L'accès aux données de santé permettrait par ailleurs de réaliser des études épidémiologiques poussées afin d'orienter les politiques de santé.

Outre ces thèmes majeurs, plusieurs éléments ont été soulevés lors des débats :

- Sur les systèmes de paiement, aucune étude sérieuse n'a à ce jour été faite en France, pour déterminer combien coûterait la mise en place d'un nouveau modèle. Or de plus en plus de médecins libéraux sont aujourd'hui demandeurs d'une réforme de la rémunération à l'acte.
- Concernant les régimes de l'Assurance Maladie, il faut en diminuer le nombre en les fusionnant progressivement. La question de la réintégration du régime étudiant doit être investiguée.
- La régionalisation des financements ne semble actuellement pas tenable et ne sera envisageable que si elle est accompagnée de la régionalisation des sources de financement. Différencier le niveau des dépenses de celui des recettes est la meilleure manière d'augmenter les dépenses de santé.

* * *

Plusieurs pistes de réformes se sont ainsi dessinées au fil des interventions. Le régime d'assurance maladie est au cœur du modèle social français, mais son rôle nécessite d'être redéfini afin d'améliorer sa lisibilité et de renforcer sa légitimité. Notre système d'assurance maladie et notre système de santé sont des axes de croissance pour notre pays et constituent surtout d'importants leviers de compétitivité.

Bibliographie

- BAUDIER F., «L'avenir de la santé : une révolution tranquille est-elle encore possible ?», *Santé Publique*, 2009.
- BENAMOZIG D., *Réinventons notre système de santé. Au-delà de l'individualisme et des corporatismes*.
- BRAS P-L. et al, «Rapport sur l'information des usagers sur la qualité des prises en charge des établissements de santé», *IGAS*, 2010
- BRECHAT P-H., «Les réformes de l'assurance maladie et de la politique de santé publique : segmentation ou convergence ?», *ADSP*, 2006
- BROCAS A-M, «Quels enseignements tirer des expériences étrangères pour la France ?», *Revue française des affaires sociales*.
- BRUNHES B., «Des remèdes pour la santé et l'assurance maladie», *Études*, 2003
- CAPDEVILLE B., *La protection sociale : assurer l'avenir de l'assurance maladie, Avis du Conseil économique, social et environnemental*.
- CARIS P., «Les solutions émergentes : présentation du rapport sur l'avenir du système de santé québécois», *Santé, Société et Solidarité*, 2002
- CASES C., 2008, «Les réformes du système de santé en France depuis 2002 : étapes et enjeux», *Santé, société et solidarité*, 2008.
- COHU S. et LEQUET-SLAMA D., «Les systèmes de santé du sud de l'Europe : des réformes axées sur la décentralisation», *Drees Etudes et Résultats*, 2006/3 no475
- CONTANDRIOPOULOS A., DENI J-L, «Des voies pour réaliser le changement du système de santé en France», *Santé, Société et Solidarité*, 2002.
- COURREGES C. et LOPEZ A., «L'agence nationale de santé : le défi d'un pilotage national unifié, refusant technocratie et centralisation», *Santé Publique*, 2012
- DE KERVASDOUE, *Carnets de santé de la France 2012*, 2012
- EMERY G., *Vers de nouveaux modes de participation des usagers à l'amélioration du système de santé*, Thèse de doctorat en médecine, 2012
- FRANC C., «Quelles perspectives pour l'assurance maladie complémentaire ?», *Les Tribunes de la santé*, 2005/1 n°6, p. 43-48
- GEOFFARD P-Y., «Assurance maladie : la gestion du risque long», *Revue d'Économie politique*, 2000
- GEOFFARD P-Y., «La réforme de l'assurance maladie confrontée à la théorie économique», *Revue d'Économie politique*, 2004

GRIGNON M, «La question de la régulation des systèmes de santé, éléments d'analyse économique», *Revue française des affaires sociales*, 2006

HASSENTEUFEL P. in P-L. Bras et al., «Le rôle de l'Etat dans la régulation de l'assurance maladie», *Traité d'économie et de gestion de la santé*, 2009

HASSENTEUFEL P et PALIER B., «Les trompe-l'œil de la gouvernance de l'assurance maladie, Contrastes franco-allemands», *Revue française d'administration publique*, 2005/1 no113, p. 13-27

Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, *Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM*, 2012

LE GARREC et al, «Les Comptes de la santé en 2011», *Études et résultats, Drees* 2012 n°809.

LE PEN C., «Assurance maladie : le modèle de 1945 est-il mort ?», *Le Débat*, 2008

LENOIR D., «Assurance-Maladie, Un dilemme difficile», *Études*, 2007

MERRIEN F-X., «La nouvelle gouvernance de l'état social en France dans une perspective internationale», *Informations sociales*.

POLTON D., «Quel système de santé à l'horizon 2020 ?, Présentation du rapport sur l'avenir du système de santé français», *Santé, société, solidarité*, 2002.

PRIEUR J-P. et al., «Rôle et actions du service du contrôle médical de l'assurance maladie dans le domaine des soins de ville», *ADSP*, 2005.

TABUTEAU D., «Les autres défis de l'assurance maladie», *Les Tribunes de la santé*.

TABUTEAU D., «La décision en santé», *Santé Publique*, 2008.

VASSELLE A., *Santé : qui doit payer ? Une contribution au débat sur les transferts de charges entre l'assurance maladie, les complémentaires et les ménages, Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales*, rapport n° 385, 2008

VAN ROEKEGHEM F., «L'assurance maladie : sortie de crise ?», *Les Tribunes de la santé*, 2009.

WIERINK Marie, «La réforme de l'assurance-maladie aux Pays-Bas, deux ans après», *Revue française des affaires sociales*, 2008/4 n°4, p.237-251

L'EXECUTIF

Gérard LARCHER, Président

Cédric ARCOS, Directeur

LE COLLEGE DES EXPERTS

René AMALBERTI, Conseiller sécurité des soins à la Haute Autorité de Santé

Nicolas BOUZOU, Directeur d'études à Paris Assas II

Loïc CAPRON, Président de la CME de l'AP-HP

Jean DE KERVASDOUE, Professeur d'économie de la santé

Jean-Marc DEBONNE, Directeur central du service de santé des armées

Brigitte DORMONT, Directrice de la chaire santé de l'université Paris-Dauphine

Olivier DUBOURG, Responsable du Pôle thorax vaisseaux digestif métabolisme de l'hôpital Ambroise Paré

Gérald GALLIOT, Médecin généraliste membre de la CMSF

Eric LABAYE, Directeur associé senior de Mc Kinsey & Compagny

Jacques LEWINER, Physicien et inventeur

Jean-Hervé LORENZI, Président du Cercle des économistes

Etienne MINVIELLE, Professeur à l'EHESP

Eric MOLINIE, Président du SAMU social de Paris

Frédéric PIERRU, Sociologue, chargé de recherche au CNRS

Victor RODWIN, Professeur de management de la santé à la Wagner graduate school of public service

Jean-Marc SYLVESTRE, Journaliste économique

Guy VALLANCIEN, Président de l'Ecole Européenne de Chirurgie

LES MEMBRES FONDATEURS :

La Fédération Hospitalière de France,
présidée par **Frédéric VALLETOUX**

La Fédération de l'Hospitalisation Privée,
présidée par **Jean-Loup DUROUSSET**

La Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile,
présidée par **Elisabeth HUBERT**

La Fédération des Etablissements d'Hospitalisation et d'Aide à la Personne,
présidée par **Yves-Jean Dupuis**

La Fédération Française des Centres de Lutte contre le Cancer,
présidée par **Josy REIFFERS**



L'Assurance Maladie est-elle encore utile ?

Notre système d'Assurance Maladie est un élément central du pacte v républicain français. Il porte en lui l'héritage des fondateurs de 1945 avec une organisation, un fonctionnement et un financement qui correspondent à un système pensé pour protéger les seuls salariés du risque maladie. Pour autant, si ce système n'a cessé d'évoluer, son organisation, son efficacité et sa légitimité sont aujourd'hui questionnées, particulièrement sous l'effet du contexte économique mondial.

A travers ce rapport, le Cercle Santé Innovation propose de s'interroger sur l'utilité et la pertinence de l'appareil politico-administratif de « l'assurance-maladie », dont les réformes successives n'ont pas permis d'équilibrer les comptes. Ces déséquilibres, d'abord qualifiés de « temporaires », sont devenus aussi permanents que structurels et grèvent aujourd'hui la croissance de la France en même temps que la compétitivité des entreprises.

Pour sauvegarder notre système et ses principes fondateurs, des aménagements ne suffiront pas. Le Cercle Santé Innovation propose donc une rupture profonde dans le pilotage, le financement et dans la régulation du système. L'enjeu est non seulement de ne pas faire supporter par les générations futures les déficits actuels de l'assurance maladie, de redonner à notre système la légitimité qui lui fait défaut et de créer les conditions d'un nouveau système dans lequel l'échelon régional sera renforcé et l'automne des acteurs de soins revitalisée.

La rupture proposée par le Cercle Santé Innovation apparaît indispensable pour sauver la vision solidariste de notre système et empêcher l'émergence d'une logique dans laquelle la collectivité de référence n'est plus la nation mais des groupes de références aux risques spécifiques.