

« La santé, un luxe ? » « Accès aux soins et contraintes économiques »

Mardi 23 juin 2015, au Château des Rohan à Saverne.

Ce débat a été animé par Steve **WERLE**, Directeur du Centre hospitalier de Saverne, avec les participations de

- Sylvie **MANSION**, Directrice de la caisse Primaire d'Assurance Maladie Bas-Rhin,
- Jean-Michel **MEYER**, Président du Collectif Inter associatif sur la Santé-Délégation Alsace
- François **PELISSIER**, Médecin généraliste, Membre du Conseil départemental de l'Ordre des médecins du Bas-Rhin
- Laurent **WEILL**, Professeur agrégé des Universités en sciences économiques, Directeur du LaRGE.

La soirée a commencé par une présentation de l'Espace de réflexion éthique Région Alsace (ERERAL) faite par le Professeur Hasselmann, son directeur. La parole a été transmise à M. Werle qui a introduit le thème du sujet à savoir « *La santé, un luxe ?* ».

La santé n'a pas de prix mais un coût. Dans le contexte actuel, les ressources pour le système de santé sont limitées. Face à cette limite, la demande en soin et en matière de santé s'accroît. Il faut prendre en compte l'accès à des thérapeutiques onéreuses dans une société touchée par le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques.

Le fil conducteur de cette soirée était la problématique suivante : *Comment concilier l'accès aux soins avec la pratique économique ?*

Cet accès aux soins doit se faire par un double niveau d'abord par un accès géographique et d'autre part par un accès financier. Selon un sondage réalisé, en 2014, 29% de la population française renoncent ou reportent leurs soins faute de moyens, en 2011, le pourcentage était seulement de 11%.

La santé, un luxe ? Mais qu'appelle-t-on luxe ?

Le luxe peut se comprendre selon trois niveaux de définitions :

- C'est ce qui est coûteux
- C'est aussi un plaisir relativement coûteux qu'on s'offre sans vraie nécessité
- C'est avoir une grande abondance de quelque chose.

Intervention de Laurent WEILL sur la situation budgétaire de la France

La politique budgétaire comprend le budget de l'Etat c'est-à-dire, le budget central, celui des collectivités locales ainsi que celui de la sécurité sociale. Depuis les années 80, le déficit de la France ne fait que progresser. Il est actuellement de 85 milliards d'euros. La dette publique actuelle, quant à elle, est de 2038 milliards d'euros. Cependant il faut rapporter cette dette au PIB (Produit intérieur brut). La dette de la France représente 95% du PIB soit une année de revenus des Français.

Pourquoi la France est-elle en déficit ? L'Etat perçoit comme recette total 52,2% du PIB. C'est comme si chaque Français versait 53,2% de ses revenus à l'Etat. Mais les dépenses de l'Etat représentent, elles 57,2% du PIB. La dette publique représente donc 95% du PIB.

Pour essayer de répondre à la problématique, *Comment concilier l'accès aux soins avec la pratique économique ?* Il convient d'étudier le budget de la sécurité sociale.

La sécurité sociale est divisée en quatre branches : la branche maladie, la branche accidents du travail-maladies professionnelles, la branche retraite et la branche famille.

Les recettes de la sécurité sociale viennent principalement des cotisations sociales. Mais la sécurité sociale a un déficit de 85 milliards d'euros, parmi lesquels 13 milliards d'euros viennent de la branche santé alors que la branche maladie représente la moitié du déficit de la sécurité sociale (les recettes de la branche maladie sont de 182 milliards d'euros et les dépenses sont de 189 milliards d'euros).

L'évolution des dépenses de la branche maladie ont triplé. En 1960, elles représentaient 3% du PIB et, en 2014, 9 %. Cette évolution est une conséquence, d'une part, de l'accroissement des dépenses de santé dans les pays et, d'autre part, des innovations thérapeutiques qui permettent d'augmenter la vie des gens.

De nombreux risques pèsent sur la situation actuelle de nos finances publiques. Tout d'abord, la France doit respecter ses engagements en termes de discipline budgétaire vis-à-vis de l'Union Européenne (UE). On pourrait donc être exclu de l'UE. Par ailleurs, si la France se trouve dans une situation de faillite, plus aucun pays ne lui prêtera de l'argent. La France sera alors obligée d'avoir un équilibre budgétaire immédiat : au lieu d'effectuer une baisse progressive des dépenses, cette baisse sera immédiate.

Quelles seraient les solutions pour pallier à ces risques :

- Ne rien faire et laissez agir les gouvernements suivants ...
- Réduire les dépenses et augmenter les impôts. Mais en France, les impôts sont déjà très élevés...

Une solution envisageable sera de baisser ou de limiter les dépenses de la branche maladie. Mais comment faire ? La question est posée aux autres intervenants.

Questions de la salle

- Une personne s'étonne que les dépenses de la sécurité sociale représentent 9% du PIB alors que les dépenses de santé représentent 12%. En fait, il faut rajouter à ces 9%, 3 points dus aux dépenses liées aux complémentaires.
- Est-ce que le chômage a une incidence sur le déficit de la France ? Certes le chômage a une incidence sur le déficit de la France (moins de cotisations versées + plus d'allocations versées) mais ce n'est pas la seule cause. Il est difficile d'avoir un chiffre précis à ce sujet.

Intervention de Jean-Michel Meyer concernant l'accès aux soins

En Alsace, en 2014, aucune donnée n'est disponible concernant les bénéficiaires de soins qui sont sous le régime de la CMU (couverture maladie universelle).

Le collectif inter associatif de la santé (CISS) a réalisé un sondage pour essayer de construire un baromètre sur l'accès des soins. Ce sondage est réalisé sur des personnes représentatives de la population française, grâce à la méthode des quotas.

Plusieurs questions ont été posées :

- Avez-vous déjà été contraint de reporter ou de renoncer à la consultation d'un médecin en raison de l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous assez proche de chez vous dans un délai acceptable ?

Population totale	Personnes bénéficiant de l'ALD	Personnes de moins de 35 ans	Femmes
Oui à 39%	Oui à 40%	Oui à 45%	Oui à 43%

- Avez-vous déjà été contraint de reporter ou de renoncer à la consultation d'un médecin en raison du coût de la consultation, du fait des dépassements d'honoraires pratiqués ?

Population totale	Personnes bénéficiant de l'ALD	Personnes de moins de 35 ans	Femmes
Oui à 20%	Oui à 24%	Oui à 23%	Oui à 23%

- Avez-vous déjà été contraint de reporter ou de renoncer à la consultation d'un médecin en raison du coût de la consultation, du fait de l'obligation d'avancer le montant de la consultation ?

Population totale	Personnes bénéficiant de l'ALD	Personnes de moins de 35 ans	Femmes	Personnes touchant moins de 1500 euros par mois	CSP-
Oui à 17%	Oui à 25%	Oui à 24%	Oui à 19%	Oui à 24%	Oui à 23%

Questions de la salle

Une personne énonce le fait que lorsqu'un médecin demande si le patient a une complémentaire maladie, il applique toujours le tarif (maximum) rembours par la complémentaire.

Selon le Dr Pellisier, ce genre de pratique existe mais peut être évité si l'on demande au préalable un devis. Sylvie Mansion précise, par ailleurs, que les tarifs doivent toujours être affichés.

Intervention de Sylvie Mansion. Comment peut-on dépenser mieux ?

Le Parlement vote tous les ans l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). C'est le taux de progression des dépenses de protection sociale. Dès lors, il faut arrêter de croire que les dépenses en matière de santé baissent ; elles continuent d'augmenter (progression de 2.1% pour 2015). Cette progression peut s'expliquer par le vieillissement de la population et par les évolutions technologiques en matière de santé. Mais l'objectif est actuellement de limiter l'augmentation des dépenses en dépensant mieux.

Comment dépenser moins ? Pour cela, il faut restructurer les soins, maîtriser les dépenses médicamenteuses, et permettre une prise en charge globale du patient tout au long du parcours de soin.

➤ Il faut restructurer les dépenses de soins

La prise en charge hospitalière ne garantit pas la meilleure qualité en termes de soins car les hospitalisations peuvent générer des maladies nosocomiales et un risque de perte d'autonomie pour les personnes âgés. La solution serait de développer la chirurgie ambulatoire mais la France peine à atteindre un taux de 20-25% comme c'est le cas dans d'autres pays

➤ Maîtriser les dépenses des médicaments

Le problème sous-jacent est la consommation des génériques. En Alsace, si on consommait plus de génériques, on pourrait économiser 7 millions d'euros de plus chaque année. C'est au médecin de prescrire le générique. Le patient peut toujours refuser de le prendre, mais alors il devra payer la différence auprès du pharmacien. En France, on a laissé la liberté aux médecins de prescrire le princeps en notifiant qu'il est « non substituable », cela ne doit pas devenir automatique.

➤ Prise en charge globale du parcours de soins du patient.

Une solution envisageable serait que la médecine de ville retrouve sa place dans l'accompagnement des patients. Il faudrait passer d'un exercice individuel de la médecine vers un exercice plus collégial, pourquoi pas via la mise en place du dossier médical partagé ?

D'autres progrès peuvent être faits. Aujourd'hui, 35% des actes coûteux font l'objet du tiers payants ; il faut le généraliser.

Le tiers payant n'est pas un outil économique mais c'est un outil d'accès aux soins. En France, il y a des gens qui renoncent aux soins pour des raisons administratives, psychologiques et financières. La volonté de la ministre, Mme Marisol Touraine, est que le tiers payant soit généralisé, afin que les patients n'aient pas à avancer les frais pour leurs soins. Plusieurs arguments contre cette mesure sont avancés :

- le tiers payants serait inflationniste donc tous les patients iraient consulter. L'expérience du tiers-payant en pharmacie montre que ce n'est pas vrai.
- le délai de paiement pour les médecins serait trop long. Actuellement, la moyenne est de 5 jours. Dans les cas extrêmes, la loi prévoit un paiement dans un délai de 7 jours par la CPAM avec pénalités au-delà. Les médecins ne courent donc aucun risque.
- Trop de cartes vitales ne seraient pas à jour. Une solution simple existe : il faut mettre sur la carte vitale l'état de l'ouverture des droits.
- la charge administrative serait trop lourde pour les médecins. En réalité, c'est beaucoup plus simple, car tout se fait de manière informatique et le taux de rejet pour ces paiements est de moins de 1%.

Pour le dépassement d'honoraire, il y a la mise en place d'un contrat d'accès aux soins. Le médecin s'engage à contenir l'évolution de ses dépassements d'honoraire et l'assurance maladie prend en charge ses cotisations sociales. Le dispositif est en développement.

Pour améliorer les liens entre le secteur médical et les familles de grandes précarités, la caisse primaire a signé avec les villes des contrats locaux de santé qui améliorent l'accès aux soins. D'autres dispositifs existent qui permettent un suivi personnalisé du patient selon sa pathologie et viennent en complément des préconisations du médecin traitant, comme par exemple, le programme Sofia (pour le diabète) qui est un dispositif gratuit.

Intervention du Dr François Pelissier sur le tiers payant généralisé

Il faut distinguer deux systèmes de tarification celui du secteur 1 et celui du secteur 2.

Dans le secteur 1, il y a des honoraires opposables fixés par la convention. Les médecins en secteur 1 peuvent pratiquer un dépassement uniquement pour exigence particulière du malade (DE). Un dépassement pour exigence a lieu quand le patient demande une consultation en dehors des heures de consultations. Dans ce cas, le médecin peut demander un dépassement d'honoraire.

Dans le secteur 2, les honoraires sont libres. Au-delà de 60€ un devis peut être exigé avant la consultation. (Mutuelle : interdit de marchander c'est-à-dire si la mutuelle rembourse à 200% alors le médecin ne peut pas demander un dépassement d'honoraire de 100%).

Question de la salle concernant le tarif opposable : Quand on va consulter un spécialiste qui demande un dépassement, quel est le pourcentage autorisé pour le tarif opposable, le problème étant que le patient ne connaît pas l'acte avant ? Il faut dans ce cas demander un devis et le médecin doit facturer à la sécurité sociale ce qu'il facture au patient.

La Loi de financement de la sécurité sociale 2015 se fixe plusieurs objectifs :

- 10 milliards d'économie sur 2015-17
- Progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie limitée à 2,1 %
- Efficience accrue de la dépense hospitalière
- Promotion de la pertinence des pratiques et prescriptions
- Rémunération des produits de santé à leur juste prix

- Développement des médicaments génériques (objectif de 85% de taux de pénétration au 21/12/15)
- Amplification du recours aux soins ambulatoires

Mais cela ne règle pas le problème de l'accès aux soins qui est bien réel. On le voit à propos :

- De la constitution des dossiers de CMU
- Du montant des honoraires libres sans tact et mesure
- Des prothèses auditives, visuelles et dentaires

Il est prévu que le tiers payant généralisé soit progressivement étendu d'ici 2017 :

- 01/07/15 : concerne l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS)
- 01/07/16 : les médecins pourront pratiquer le tiers payant avec leurs patients couverts à 100 % par l'AMO (ALD, maternité)
- 01/01/17 : les médecins pourront proposer à tous les patients le tiers payant, qui deviendra obligatoire au 30/11/17