



vendredi 5 septembre 2008

Sommaire

ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN

Roselyne Bachelot: "Pas d'effort financier pour les patients"
Figaro économie [Le]-2008-09-05

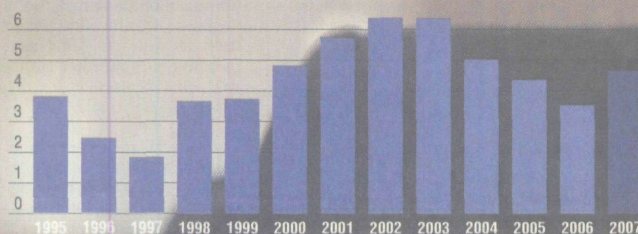
1

ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN

Médecins : devis obligatoire à partir de 70 euros

La ministre de la Santé, Roselyne Bachelot, annonce au « Figaro » plusieurs mesures pour favoriser la transparence des tarifs et sanctionner les praticiens qui dérapent. *Page 18*

► Taux de croissance en valeur, de la consommation de soins et biens médicaux, en %



Source : DREES, Comptes de la santé

SANTÉ Un entretien avec la ministre Roselyne Bachelot.

«Pas d'effort financier pour les patients»

Organisation du système de soins et budget 2009 de la Sécurité sociale : Roselyne Bachelot aborde l'automne avec deux gros textes «sur le feu». La ministre de la Santé promet au *Figaro* que les assurés ne seront pas davantage mis à contribution pour réduire les déficits. Elle annonce l'entrée en vigueur de mesures de transparence sur les prix des médecins et de sanctions pour ceux qui dérapent. Elle revient sur la philosophie de sa future loi et annonce 800 millions d'aides aux investis-

sements hospitaliers.

LE FIGARO. – Transparence des tarifs, sanction des dépassements abusifs... Plusieurs mesures votées à l'automne dernier restent inappliquées. Pourquoi ce délai ?

Roselyne BACHELOT. – C'est long, je le reconnais, mais nous avons voulu laisser le temps de la concertation. Nous avons effectivement prévu un ensemble de mesures pour renforcer la transparence en faveur des patients. Dans les prochains jours paraîtra l'arrêté qui fixe à 70 euros le mon-

tant à partir duquel tout médecin et tout dentiste seront tenus de fournir au patient une information écrite préalable sur le tarif de leurs actes. Nous avions au départ proposé 80 euros, mais les partenaires sociaux préféraient 50. Par ailleurs, un texte paraîtra d'ici à la mi-septembre qui imposera un devis normalisé pour toutes les audio-prothèses, distinguant le prix de l'appareil lui-même et la prestation qui va avec. La variabilité des prix est trop forte dans ce domaine. Enfin, en octobre, paraîtra le décret permettant aux caisses d'assurance-maladie d'appli-

quer une sanction financière aux médecins qui n'affichent pas leurs tarifs et à ceux qui pratiquent des dépassements d'honoraires sans « tact et mesure », comme la déontologie l'impose. Cette notion restera du domaine de la jurisprudence, car fixer un seuil pourrait avoir pour effet pervers d'inciter tous les praticiens à s'aligner sur ce plafond.

L'Assurance-maladie est aussi très impatiente de pouvoir surveiller les médecins qui opèrent de la cataracte ou des amygdales avec une fréquence anormalement élevée...

Le décret qui permettra de les placer sous entente préalable, **LE FIGARO. – Contrairement à la plupart des textes ministériels, votre projet de loi sur l'organisation des soins semble rétrécir au fil de sa préparation ! Pourquoi cet élagage ?**

Roselyne BACHELOT. – Je suis très volontaire pour cet exercice d'ascèse, il n'y a pas besoin de multiplier les articles pour avoir de grandes ambitions, au contraire ! Mon projet vise justement à simplifier les structures et à responsabiliser les acteurs. Les Français n'attendent pas des textes, ils attendent des soins de meilleure qualité. C'est l'objectif de cette loi, qui sera présentée mi-octobre en Conseil des ministres. Je n'y ajouterai que quelques mesures de santé publique, comme l'interdiction de

comme prévu dans le budget 2008 de la Sécu, paraîtra lui aussi en octobre. Ce mécanisme s'applique déjà aux très gros prescripteurs d'arrêts de travail et de transport sanitaire et a fait la preuve de son efficacité. la vente d'alcool aux mineurs. Cette loi sera baptisée « hôpital, patients, santé, territoires ». L'hôpital y tiendra une place fondamentale. Mais son environnement influe sur son fonctionnement : il y a 14 millions d'entrées aux urgences par an, 80 % pourraient sans doute être évitées si la permanence des soins était mieux organisée en ville ; de même, le taux d'occupation des services de court séjour ne cesse de baisser, mais on manque de place pour les patients atteints d'Alzheimer... C'est pourquoi cette loi s'inspire des recommandations de Gérard Larcher sur l'hôpital. Mais elle prévoit aussi une meilleure organisation de la médecine de premier recours et la création des agences régionales de santé qui **La FFSA, qui regroupe les assureurs privés, a annoncé hier dans**

Les Échos de probables hausses de tarifs des complémentaires santé. Que pouvez-vous faire ?

J'observe que la Mutualité française, qui représente presque réuniront les forces de l'État et de l'Assurance-maladie.

Ces ARS enlèveront-elles encore un peu de pouvoir aux partenaires sociaux qui gèrent l'Assurance-maladie ?

Non, il n'y a aucune étatisation. Le Parlement trace la politique de santé et son financement. La mise en œuvre est confiée à l'État et à l'Assurance-maladie. Ils demeurent tous les deux, aussi bien au sommet que localement. Les ARS seront là pour rassembler – à un niveau plus pertinent que depuis Paris ! – les actions de ces deux partenaires, pour vérifier la cohérence. Nous allons changer les perspectives : jusqu'ici vous aviez, d'un côté, les agences 60 % du marché des complémentaires, s'est engagée à ne pas augmenter ses cotisations. Le Haut Conseil de l'Assurance-maladie a montré que la progression des affections de longue durée, remboursées à 100 % par la Sécu, ou régionales d'hospitalisation qui s'inquiétaient des déficits des établissements et de la gestion de leur personnel et, de l'autre, l'Assurance-maladie qui surveillait les dépenses de ville. Le tout sans se parler ou presque... Nous allons réunir ces deux visions. L'État ne l'« emporte » pas sur l'Assurance-maladie. Vous le verrez quand les directeurs d'ARS seront nommés : nous choisirons un tiers de hauts fonctionnaires, un tiers de cadres supérieurs de l'Assurance-maladie, et un tiers de personnes venant du privé ou du monde médical. J'ajoute que l'Assurance-maladie fera son retour dans les hôpitaux, avec un siège au conseil de surveillance.

bien le développement des génériques allègent les charges des complémentaires de 600 millions d'euros par an. Je prends donc à témoin l'opinion : si les assureurs relèvent leurs tarifs, ce sera une décision de gestion de leur part,

En attendant ces nouveautés, les hôpitaux crient au sous-financement...

Je refuse les discours misérabilistes. Non seulement nous sommes l'un des pays où la dépense hospitalière par tête est la plus élevée, mais, en plus, cette dépense croîtra cette année de 3,2 %, c'est-à-dire bien plus vite

que la richesse nationale. Par ailleurs, nous lançons véritablement le plan hôpital 2012, qui représentera au total 10 milliards d'investissements.

Quels sont les premiers projets retenus ?

Cette première salve représente 1,8 milliard d'euros de projets, dont plus de 800 millions financés sûrement pas l'effet du reversement d'un milliard d'euros des complémentaires vers l'Assurance-maladie que nous avons décidé en juillet. La concurrence jouera !

Les assureurs demandent à gérer et rembourser dès le premier euro l'optique ou le dentaire. Nicolas Sarkozy avait d'ailleurs annoncé qu'il se pencherait sur la frontière entre responsabilité individuelle et solidarité nationale.

Les arbitrages n'ont pas été rendus en ce sens. Nous avons une approche globale : le problème n'est pas de maîtriser les dépenses de l'Assurance-maladie obligatoire mais l'ensemble des dépenses de santé car, au bout du compte, ce sont toujours les Français qui paient. En revanche, il n'est plus question que les assureurs – qui ont été reçus comme les autres pendant l'été par mon cabinet – et les mutuelles soient exclus des négociations avec les professions de santé. Je confirme que le prochain budget de la Sécu contiendra les dispositions traduisant notre engagement sur ce point, pris en juillet.

Les assurés doivent-ils redouter de mauvaises surprises, pour réduire le déficit de l'Assurance-maladie l'an prochain, par exemple une hausse du forfait hospitalier ?

Un principe guide le gouvernement : Éric Woerth et moi l'avons dit, aucun effort financier supplémentaire n'est prévu pour les assurés.

Pas de nouvelle baisse de remboursement hors parcours de soins ?

J'ai écarté tout effort financier, cela ne veut pas dire aucune mesure pour améliorer la qualité des soins. Mais tous les détails sont loin d'être tranchés.

Les médecins réclament depuis des mois à l'Assurance-maladie un passage à 23 euros pour les généralistes. Les finances

de la Sécu le permettent-elles ?

Je tiens à souligner le travail formidable des généralistes. Mais tout dépendra des contreparties. Nous mettrons la barre très haut, sur les économies constatées – et pas seulement visées – et sur les moyens de mieux répartir les médecins sur le territoire. À ces conditions, les négociations aboutiront d'ici à la fin de l'année.

de notre part. Pas de saupoudrage : priorité aux établissements prêts à se coordonner entre eux, en anticipant la future loi, et aux investissements dans les systèmes informatiques. Je peux vous citer l'hôpital de Vannes (24,8 millions de subventions), celui d'Aulnay-sous-Bois (31,8 millions pour créer un pôle mère-enfant et transformer des services de soins

aigus en long séjour), celui de Boulogne-sur-Mer (15,6 millions), la clinique Pasteur de Toulouse (10 millions) ou encore Carcassonne (75 millions qui permettront de regrouper des bâtiments obsolètes et éparpillés).

Propos recueillis par
OLIVIER AUGUSTE
et **BÉATRICE TAUPIN**



« Les Français n'attendent pas des textes, ils attendent des soins de meilleure qualité », explique la ministre. F. Elsner/KR Images Presse

Nette reprise des dépenses de soins l'an dernier

La consommation de soins a augmenté de 4,7 % en 2007, pour atteindre 163,8 milliards.

PRÈS de 207 milliards d'euros, 206,5 milliards exactement : voilà ce que la France a consacré à la santé en 2007, un chiffre qui représente 10,9 % du PIB. Cela situe la France

au troisième rang de l'OCDE comme l'an dernier, derrière les États-Unis (15,3 %) et la Suisse (11,3 %), et tout près de l'Allemagne (10,6 %).

Si l'on retranche de ce montant les dépenses de soins aux personnes handicapées et âgées en établissement ainsi que les dépenses de formation médicale ou de recherche, la consommation de soins et de biens médicaux atteint 163,8 mil-

liards. C'est cet agrégat qui permet le mieux de mesurer les évolutions. Il représente aujourd'hui 8,7 % du PIB : en douze ans, la part consacrée aux soins et aux biens médicaux s'est ainsi accrue de près de 10 milliards d'euros de 2007.

Hausse des médicaments

L'an dernier, la consommation de soins a marqué une nette reprise

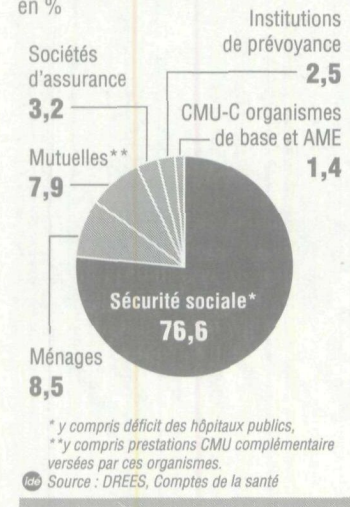
(+ 4,7 % après 3,5 % en 2006) sans atteindre toutefois les évolutions faramineuses des années 2001-2003 (6 % par an). Cette hausse générale à tous les postes hormis les transports de malades est « *essentielle* » due aux volumes et non aux prix, et ceci, écrit l'étude du ministère, grâce à la « *modération des prix des médicaments* » (génériques...) depuis 2004. Heureusement, car la consommation de médicaments est en forte progression (+ 7,1 %), ce qui porte à 33,4 milliards ce poste de dépenses. La pharmacie est ainsi le troisième poste de dépenses après les soins hospitaliers (72,7 milliards) et les honoraires des professions de santé (45 milliards) dont la progression est forte à la fois en volume (3,3 %) et en valeur (5,5 %).

Globalement, la structure de financement des dépenses de santé

évolue peu : la Sécu en assume plus des trois quarts. Et malgré les participations demandées aux patients depuis 2007 (forfait de 1 € par consultation, moindre remboursement hors parcours de soins...), la proportion de ce qui reste à la charge des ménages (8,5 %) varie peu depuis 2005 et est inférieure à ce qu'elle était en 2000 (9 %). En effet, la progression constante des soins et malades remboursés à 100 % a compensé.

B. T.

► Répartition du financement des dépenses de santé en 2007, en %



Les infirmières renoncent à la liberté d'installation

■ Dans les zones où elles sont déjà les plus nombreuses, il ne sera bientôt plus possible pour une infirmière libérale de s'installer, sauf lorsqu'une autre cesse définitivement son activité. C'est le résultat d'un accord signé hier par toute la profession (Convergence infirmière, FNI, Onsil, Sniil) et par l'assurance-maladie.

En échange de ce dispositif – expérimental, pour deux ans – les infirmières ont obtenu une revalorisation un peu plus tardive mais un peu plus élevée que prévu : + 5,3 % en avril 2009 (3,15 euros l'injection). Et un garde-fou : si des postes d'infirmières

salariées sont créés dans une zone sur-dense (services de soins infirmiers ou d'hospitalisation à domicile...), la restriction à l'installation des libérales tombe dans cette zone. Cet accord doit limiter les « déserts infirmiers » – la densité d'infirmières varie de 1 à 7 selon les départements.

Roselyne Bachelot a salué ce texte qui crée une pression supplémentaire sur les médecins libéraux. Le gouvernement veut mieux les répartir mais ils tiennent leur liberté d'installation pour sacrée. La grève des internes, l'automne dernier, l'a montré.

O. A.