PLFSS 2008

Un Ondam à 3,2 % en attendant mieux

Le projet de loi de financement de la Sécu, en débat au Parlement ce mois-ci, promet de sérieuses polémiques sur la manière de contenir la croissance des dépenses de santé.

Ironie du sort, alors même que le PLFSS était présenté fin septembre à Bercy, l'Espagne faisait part de son intention de placer quelque six milliards d'euros dans les fonds de réserves de la Sécurité sociale ibérique, grâce à l'excédent budgétaire de 18 milliards d'euros qui sera engrangé fin 2007. 6,2 milliards, c'est aussi le montant du déficit annoncé, toujours pour 2007, de ce côté des Pyrénées, pour la seule branche maladie, par les ministres du Budget et de la Santé, Eric Woerth et Roselyne Bachelot, lors de la présentation, fin septembre, des grandes lignes du PLFSS 2008. Le « trou » des comptes de la santé, ne sera cependant pas bouché par les excédents des autres branches de la Sécu, ces dernières affichant également leur déficit respectif (– 0,5 milliard d'euros pour la famille, – 4 milliards pour la vieillesse). L'addition totale pour l'année qui s'achève (– 11,7 milliards) justifiait de prendre des mesures correctives. C'est fait depuis cet été. Mais un nouvel avis de tempête est déjà annoncé pour 2008, avec une Sécu dans le rouge vif (– 12,7 milliards d'euros, hors mesures correctrices) et une branche maladie dont les comptes se situeront également à nouveau en négatif, dans une fourchette comprise entre – 7,1 milliards d'euros et, hypothèse basse, – 4,3 milliards, pour peu que les « mesures correctrices » programmées, dont « un important effort de maîtrise des dépenses maladie » (1,7 milliard d'économies attendues) et les recettes nouvelles (1,6 milliard pour le régime général) soient au rendez-vous.

1,7 milliard d'économies attendues

Cercle vertueux

Plus globalement et au-delà des chiffres qui ne laissent aucun doute sur la gravité de la situation, le PLFSS qui sera soumis au Parlement ce mois-ci augure bel et bien d'un changement de méthode, tout en dressant un constat sans appel : la réforme de l'assurance-maladie de 2004 a bel et bien échoué, la priorité doit désormais être donnée au redressement des comptes de notre régime général, en particulier de sa branche maladie, sur toute réforme de fond du système de santé. La page des années Chirac (ordonnances Juppé et réforme Douste Blazy) est définitivement tournée ! Dans cette perspective, le gouvernement entend >>>

Bachelot pour une vraie OTC

La ministre de la Santé est prête à permettre aux produits de médication familiale de franchir le Rubicon du comptoir de l'officine. « Je suis favorable à la mise à la disposition devant le comptoir de médicaments non remboursables », a déclaré cette dernière lors de la réunion de rentrée de l'ACIP (1), fin septembre. « Qu'on l'appelle automédication ou médication familiale, l'essentiel est que cette forme de médication puisse être accompagnée d'un conseil pharmaceutique avisé. Cette disposition permettra une plus grande transparence, un exercice de la concurrence plus performant, et une information mieux structurée concernant le bon usage des médicaments ».

(1) Association des cadres de l'industrie pharmaceutique

>>> rechercher tous les gisements d'économies et promouvoir tous les comportements vertueux possibles. Roselyne Bachelot le souligne sans ambage en présentant le « cercle vertueux » qu'elle résume en une simple formule : « mieux gérer pour pouvoir soigner mieux » ; car « seule une bonne gestion rend possible ce qui est souhaitable ». Reste que pour résoudre sa difficile équation, le gouvernement a fixé la barre de l'évolution des dépenses maladie à 3,2 %. Un Ondam que notre ministre de la Santé estime « équilibré » (il sera le même pour l'hôpital et pour la ville) et « réaliste ». Un réalisme qui ne semble cependant pas faire l'affaire des acteurs du monde de la santé qui auront à gérer ce taux au quotidien. Du côté de l'hôpital, la Fédération hospitalière de France (FHF), chiffres en mains, considère que le compte n'y est en aucun cas.

Le compte n'y est pas

Retour à la maîtrise comptable.

« Quand l'augmentation mécanique des besoins de financement des établissements, à effectifs constants, progresse de + 4 %, fixer un Ondam hospitalier à + 3,2 % ne peut que se traduire par une aggravation des déficits », commente la FHF. « Les techniques qui ont occulté l'ampleur du "trou" atteignent aujourd'hui leurs limites. Pour éviter de véritables « faillites », de nombreux établissements sont amenés à échafauder des plans de productivité irréalistes ou à limiter leur offre de soins ». Le ton est donné ! Dans les rangs de la communauté médicale, il n'est guère différent : « Le PLFSS 2008, dévoilé pour la première fois à Bercy, nous ramène aux heures les plus noires du plan Juppé de 1995 », déclare à l'envie le président de la CSMF. Michel Chassang voit dans ce projet de loi le retour en force d'une maîtrise comptable des dépenses de santé contre laquelle sa centrale syndicale a bataillé près de 10 ans, jusqu'à la loi de 2004 dans laquelle elle s'est engagée avec force, mais aussi pour les résultats que l'on vient de découvrir. « Ils cassent tout, poursuit le syndicaliste médical : le système conventionnel, la réforme de l'assurance-maladie de 2004, et surtout la médecine libérale en protégeant l'hôpital ». Un hôpital qui pourtant partage son constat : à moins de 4 %, l'Ondam est irréaliste et pour l'heure, pour les médecins non plus, le compte n'y est résolument pas !

Médecins et patients unis

Ce mois d'octobre, selon une tradition républicaine bien arrêtée, va ainsi voir le mouvement social reprendre de l'ampleur. Le dossier sur les retraites s'y prête à l'évidence. Celui sur la santé semble d'ores et déjà engager des ripostes. Du côté des médecins, la surprise pourrait venir des jeunes médecins en formation qui viennent de faire savoir, par l'entremise de leur syndicat, le SNJMG (1), qu'ils s'opposent catégoriquement aux mesures de régulation à l'installation des médecins prévues dans le PLFSS 2008. « Une mesure indigne », commente Martial Olivier-Koehret, président de MG France (voir ci-après), premier syndicat de généraliste, qui annonce de son côté une offensive « fin octobre-début novembre » sur la cotation CS, lorsque les premiers « spécialistes de médecine générale » sortiront de la faculté. Car pour l'heure, l'équité tarifaire n'est pas de mise entre tous les spécialistes, dont les nouveaux généralistes font désormais partie ! La CSMF ne sera pas en reste sur le terrain de la contestation et annonce se battre au Parlement comme dans les cabinets médicaux afin de « sensibiliser l'opinion publique sur la façon dont le gouvernement veut prendre soin de sa santé ».

Le CISS sur la brèche

Les patients, de leur côté, n'ont pas attendus qu'on prenne en main leurs propres affaires. Le Collectif interassociatif sur la santé (CISS), la FNATH (association des accidentés de la vie) et l'Union nationale des associations familiales sont sur la brèche depuis l'annonce du PLFSS qui prévoit l'instauration de franchises pour financer les chantiers prioritaires du quinquennat (Alzheimer, cancer et soins palliatifs, 850 millions d'euros attendus). Ces « nouvelles taxes » sur la maladie ne sont pas du goût des associations de malades, qui elles aussi, entendent donner de la voix dans un concert de protestations disparates, dont il faudra bien dégager un consensus. ■

Jean-Jacques Cristofari

(1) Syndicat national des jeunes médecins généralistes

Martial Olivier-Koehret (MG France)

« Cet Ondam est un jeu de dupe »

Le président de MG France attend que le projet de loi de financement de la Sécu permette aussi de préparer les nécessaires réformes du système de santé.

Quelle est votre appréciation de l'Ondam qui vient d'être fixé dans le PLFSS ?

● Nous savons que c'est un jeu ! Ce taux détermine des engagements qui ne sont jamais tenus d'une année sur l'autre et qui ne le seront pas cette année encore. Seule nouveauté de ce projet : on a introduit dans l'Ondam des recettes putatives sur ce que vont payer les patients à travers les franchises. Il y a donc là un jeu d'écriture qui nous ramène à un taux qui pourrait sembler intéressant, pour les professionnels de ville au regard de l'hôpital. Mais cette affaire est un jeu de dupe !

Que pouvez-vous faire avec un taux fixé à 2 % pour la médecine de ville, hors franchise (+ 1,2 %) ?

● On fait semblant d'être sur une logique d'anticipation des dépenses, alors qu'il n'y a pas de priorités de santé, ni d'organisation du système. Nous ne sommes que sur des effets de volume qui, chaque année, depuis deux décennies, vont tous dans le même sens : augmentation de la part des actes techniques, au détriment des actes cliniques. Le vrai sujet est d'organiser le système de soins, de garantir à la population des soins au regard des données actuelles de la science et de permettre à la fois aux professionnels de s'y retrouver, de choisir ce métier et de s'y épanouir.

Que pensez-vous des mesures arrêtées pour éviter les « dérives » du système ?

● On nous a présenté un déficit 2007 comme le plus élevé jamais atteint historiquement. Il est estimé encore plus élevé pour l'année prochaine. L'idée de lancer des mesures de refinancement du système de protection sociale revient à courir après ce déficit, sans jamais pouvoir le rattraper. On ne résout rien et l'Etat sera obligé d'équilibrer ses comptes en puisant sur la richesse nationale. Il s'agit d'une politique à courte vue. Au-delà de ce PLFSS, le gouvernement doit nous annoncer les vraies mesures qu'il compte prendre à l'avenir pour réorganiser le système de soins. Nous avons sur cette question des propositions à faire.

Accepterez-vous un contrat du type hausse des honoraires contre baisse des prescriptions ?

● C'est une idée qui laisse penser que c'est le médecin qui décide du niveau de sa prescription, comme du niveau de son volume d'actes. L'idée de lier honoraires et prescriptions est typiquement un défaut d'analyse de la réalité du fonctionnement de notre système de santé. On n'évitera pas à un moment ou à un autre de se poser la question de la porte d'entrée dans le système de soins, du passage du soin à la santé. Ce qu'à déjà fait le président de la République, avec le plan Alzheimer et la prise en charge globale de la personne atteinte de la maladie par le généraliste. On a vu avec le plan antibiotique, mené conjointement avec l'assurance-maladie et les médecins, que si on fixe des objectifs de qualité, tout le monde peut s'engager dans une voie nouvelle. Cet exemple a démontré qu'en se situant dans un objectif de santé publique, il est possible de modifier la prescription et de mieux utiliser les produits à disposition. Il est donc possible de le faire sur d'autres sujets. Mais fixons des règles du jeu précises et construisons un système de santé cohérent. ■

Propos recueillis
par Jean-Jacques Cristofari