

Un patient, deux assureurs

Gérard de la Martinière, président de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA).

Le Monde, 15 juin 2004

NOUS entrons dans une nouvelle réforme de notre système de santé : l'urgence financière diagnostiquée par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie ne permet plus de repousser les échéances et l'enjeu de la qualité des soins oblige à regarder la réalité en face.

L'absence d'exploitation des données sanitaires, le défaut de coordination des soins, la faiblesse du maillage des spécialités hospitalières conjugués au droit de tirage illimité des consommateurs de soins, aboutissent à un gaspillage massif et à un malaise grandissant des professionnels de santé.

L'organisation du système de soins doit donc être repensée sur les seuls critères de la qualité et de la pertinence des soins au regard de l'efficacité aussi bien thérapeutique qu'économique.

Cette organisation doit être dessinée et garantie par l'Etat, responsable de la santé publique et englober l'accès au système de santé, l'administration des soins et la prise en charge des dépenses. Elle doit concerner tous les acteurs : soignants et soignés, mais aussi les financeurs que sont les assureurs-maladie, quel que soit leur statut.

Aujourd'hui, tout Français (ou presque) voit ses dépenses de santé prises en charge par deux assureurs : un régime d'assurance-maladie obligatoire et, "complémentairement", un assureur-maladie, régi par les directives européennes d'assurance (institution de prévoyance, mutuelle ou société d'assurances).

Puisque deux assureurs couvrent les dépenses de soins de chaque patient, l'assurance-maladie dite complémentaire a nécessairement son rôle à jouer aux côtés de la Sécurité sociale dans l'organisation et le pilotage du système de soins au bénéfice des assurés.

Quelle que soit sa forme, l'assurance-maladie complémentaire est bien un acteur à part entière du système de santé, même si cette évidence n'est pas encore complètement reconnue. En effet, certains acteurs sont plus écoutés que d'autres, et les assureurs seront les seuls intervenants à voir leur contribution financière "de solidarité" augmenter.

Le schéma présenté par le gouvernement, créant une Union nationale des caisses d'assurance-maladie et une Union nationale des organismes de protection sociale complémentaire, appelées à se coordonner, traduit le souci d'améliorer la performance du système de santé et donc d'éviter, par exemple, qu'un déremboursement par la Sécurité sociale d'une prestation sanitaire jugée peu efficace soit contrecarrée par sa prise en charge par l'assureur-santé.

Cette démarche répond à l'intérêt de tous, y compris celui de l'assurance-maladie complémentaire. En effet, l'assureur-santé, en situation de concurrence, est tenu de comprimer ses coûts et d'offrir la meilleure protection à ses assurés. Tant que les données de soins n'étaient pas disponibles, il pouvait faire du confort son principal argument de vente. Demain, la qualité et la pertinence des soins seront les critères majeurs de compétitivité de l'offre en assurance-santé.

Cependant, si le dialogue entre les deux pôles de financement est aussi logique qu'indispensable pour garantir la cohérence de leurs interventions, il ne faut en aucun cas viser l'uniformité de la prise en charge.

L'assurance-maladie obligatoire couvre, pour l'essentiel, toutes les utilités médicales "majeures". Elle ne peut couvrir toutes les utilités médicales "secondes", reconnues comme telles par la communauté médicale et scientifique.

Il existe des prestations médicales utiles à la santé qui ne sont pas, ou ne seront plus, prises en charge par la Sécurité sociale. Un alignement trop systématique de l'assurance-maladie complémentaire sur le régime obligatoire créerait une situation inacceptable de moindre performance du système de soins et de perte de chances sanitaires pour les individus.

Pour cette raison, les assureurs ont proposé une coordination souple qui prendrait la forme d'une "conférence" permanente, afin d'instaurer le nécessaire dialogue entre tous les financeurs des dépenses de santé. Ce choix essentiel, entre une rigidité uniforme et une convergence féconde, reste à confirmer.

L'assureur-santé doit pouvoir exercer pleinement sa responsabilité. Or lois et règlements lui interdisent de savoir ce qu'il rembourse en complément de la Sécurité sociale, faisant de lui un "payeur aveugle". Pire, les caisses de Sécurité sociale dépensent des sommes considérables pour occulter les données de soins dans les bases de remboursement transmises aux assureurs-maladie.

L'enfouissement des données de soins empêche en réalité la mise en évidence des meilleures pratiques, le contrôle de qualité des soins, l'adaptation des prestations à la réalité des besoins et l'assistance dans l'accès aux soins. Le fait que les assureurs professionnels ne peuvent, faute d'information, gérer le risque-maladie au bénéfice de leurs clients provoque un gaspillage insupportable, au moment même où tant d'efforts vont être demandés aux Français et à leurs enfants, pour des dizaines d'années, afin de financer les dépenses de Sécurité sociale.

Il faut mettre rapidement fin à une situation où des décisions prises unilatéralement sur le niveau de remboursement des médicaments par la Sécurité sociale se traduisent automatiquement par une surcharge ou un abandon pur et simple par les assureurs complémentaires, simplement parce que les données qui leur sont transmises ne comportent pas d'identification des prescriptions.

Il faut aussi tordre le cou au mythe de la protection des individus et cesser de confondre l'assurance-décès, pour laquelle la sélection des risques est indispensable, et l'assurance-santé, pour laquelle la règle est l'absence de sélection à l'entrée, les contrats étant viagers et la tarification individuelle proscrite.

L'expression développée récemment avec les associations partenaires de la convention d'assurabilité des personnes présentant un risque de santé aggravé montre que le traitement des données individuelles de santé par les assureurs, assorti des précautions nécessaires, s'effectue au bénéfice des assurés.

Telles qu'elles sont aujourd'hui connues, les dispositions du projet de réforme préparé par le gouvernement nous semblent encore timides par rapport à ce qu'exigerait l'ardente obligation de mobiliser tous les acteurs au chevet d'un système de santé bien malade.

Certaines portent la tentation de l'embrigadement là où le maître mot devrait être celui de l'initiative, celle de la pénalisation - avec l'amende d'un euro - au lieu d'une vraie responsabilisation, celle de la restriction à la circulation des données lorsqu'il faudrait accélérer l'exploitation des informations de santé pour enrayer la dégradation du système de soins.

Avec notre tentation jacobine séculaire, le fantasme d'une assurance-maladie une et indivisible continue à marquer les esprits.

La réforme de notre système de santé exige une prise de conscience de chacun et un effort tenace et concerté de tous les acteurs du système. Elle doit s'ancrer dans la réalité : l'assurance-maladie complémentaire est un acteur légitime plébiscité par ses 52 millions d'assurés. Lui reconnaîtra-t-on le droit d'agir en faveur de la qualité et de la pertinence des soins ?