

Le déficit de la Sécurité sociale : Quelles solutions?

Pour tenter de maîtriser les dépenses et d'équilibrer le budget de la Sécurité sociale, les pouvoirs publics ont mis en place **différents dispositifs au cours de ces dernières années**.

Les pouvoirs publics peuvent intervenir sur plusieurs paramètres :

En augmentant les recettes :

- augmenter les charges sociales sur le travail
- augmenter les impôts ou jouer sur leur répartition (ex : le projet de TVA sociale qui consiste à augmenter le taux de TVA tout en diminuant les charges sociales pesant sur le travail)

En maîtrisant davantage les dépenses :

- améliorer l'efficacité du système de soins
- responsabiliser davantage les usagers (franchises, remboursements de médicaments à faible service médical rendu, meilleurs contrôles pour lutter contre les abus et les fraudes...)

Deux réformes importantes ont eu lieu ces dernières années :

- **en 1996, le « plan Juppé »** a instauré le vote annuel d'une loi de financement de la Sécurité sociale par le Parlement qui fixe l'Objectif national des dépenses d'Assurance maladie (ONDAM)
- la **réforme de 2004** a accru les responsabilités de l'Assurance Maladie, notamment dans la définition des modalités d'exercice des professionnels de santé avec qui elle conclut des conventions. Une mission d'amélioration de la qualité des soins et de réévaluation permanente de la pharmacopée est confiée à la Haute Autorité de santé.

Des mesures ont été prises pour inciter les patients à **rationaliser davantage leurs dépenses de santé**. En effet, ces dernières années, le fait d'être remboursé en quasi intégralité au travers de mécanismes comme le tiers payant a eu pour conséquence une certaine déresponsabilisation des usagers du système de soins et a pu entraîner une éventuelle multiplication des consultations ou examens inutiles.

Exemples de mesures tendant à responsabiliser davantage le patient sur ses dépenses de santé :

Pour sensibiliser davantage les patients au coût collectif de la santé, une **participation forfaitaire** d'un euro pour chaque acte médical à la seule charge du patient a été instaurée en 2004 (son montant forfaitaire par jour a été porté, dans le plan d'économies du gouvernement annoncé en juillet 2007, à 4 euros par professionnel de santé consulté afin de répondre au dérapage des dépenses de santé constaté en 2007).

Depuis le 1^{er} janvier 2008, des franchises sur les boîtes de médicament, les actes paramédicaux et les transports sanitaires ont été introduites. Ces franchises sont déduites des remboursements effectués par la caisse d'assurance maladie (voir fiche sur les franchises pour plus d'information).

Ainsi, selon les chiffres publiés par la CNAMTS en février 2008, la mise en place de ces franchises a d'ores et déjà permis de réaliser **69 millions d'€ d'économies** au titre du mois de janvier 2008 (contre un total estimé de 850 millions d'euros par an, qui seront utilisés pour financer les nouvelles priorités de santé publique, notamment le plan Alzheimer, la lutte contre le cancer et le développement des soins palliatifs).

Mesures tendant à éduquer le patient sur l'utilisation du système de santé :

Sur le plan thérapeutique, des mesures contribuent à **éduquer les patients** aux bonnes pratiques afin qu'ils consomment mieux les services et les biens de santé. C'est le rôle de la **mission « prévention » de l'Assurance Maladie** qui met en œuvre des campagnes nationales d'information et de sensibilisation (par exemple la campagne « *Les antibiotiques, c'est pas automatique* » ou la campagne de promotion du dépistage du cancer du sein).

Mesures associant les différents acteurs du système de santé pour maîtriser les dépenses :

Instaurée en 2004, la mise en place du « **parcours de soins coordonné** » qui implique l'obligation pour chaque patient de choisir un médecin traitant est une mesure visant à améliorer la coordination des soins. Ce **médecin traitant**, qui la plupart du temps est un médecin généraliste, devient désormais le pivot d'une politique de prévention personnalisée.

Afin d'inciter fortement les patients qui n'ont pas encore déclaré de médecin traitant, le taux de remboursement des consultations effectuées hors parcours de soins a été abaissé en 2007 à 50%.

La mise en place du **dossier médical personnel**, la nouvelle **carte Vitale avec photo** ou encore la possibilité pour les médecins d'accéder à l'historique des soins prescrits à leurs patients au cours des 12 derniers mois sont d'autres exemples de mesures permettant une meilleure maîtrise des dépenses de santé. En améliorant l'information des médecins sur les soins reçus par leurs patients, ces mesures leur permettent non seulement d'éviter de prescrire des actes inutiles mais aussi de mieux **cibler les traitements et d'éviter** les interactions médicamenteuses.

Des efforts importants sont également développés pour favoriser l'usage des médicaments **génériques**.

Liens utiles (à venir) :

- Fiche sur les franchises et forfaits
- Fiche sur la prévention
- Fiche sur le DMP
- Fiche sur l'automédication
- Fiche sur le parcours de soins