

LA FRANCE FORTE

NICOLAS SARKOZY

Paris, le

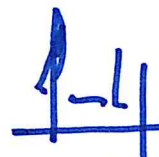
Monsieur le Président,

Vous avez bien voulu attirer l'attention de Nicolas SARKOZY sur les propositions de la Mutualité Française pour l'amélioration du système de protection sociale.

Je tenais à vous assurer qu'il avait pris connaissance de votre courrier avec toute l'attention qu'il mérite et qu'il souhaitait vous remercier.

Vous trouverez ci-joint les réponses aux questions que vous lui posez.

Restant à votre entière disposition, je vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.



Guillaume LAMBERT

Directeur de campagne de M. Nicolas SARKOZY

Monsieur Etienne CANIARD
Président
Mutualité Française
255, rue de Vaugirard
75719 Paris Cedex 15

1°) Quels engagements comptez-vous prendre pour assurer le retour à l'équilibre des comptes et mettre fin au report de nos dépenses sur les générations futures ?

Je voudrais rappeler que le déficit de l'assurance maladie était en voie de réduction significative jusqu'à la crise avec un déficit prévisionnel en 2009 de 4md€. Si le déficit a brutalement augmenté à compter de cette date, c'est en raison de l'impact qu'a eu la crise sur les recettes, car au cours des dernières années les dépenses ont été maîtrisées. Je rappelle qu'en 2010 et 2011, nous avons tenu l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Cela n'était jamais arrivé.

Avec un ONDAM à 3% en 2010 puis 2,9% en 2011, nous avons continué à investir dans la santé en pleine crise, mais nous avons tenu ces objectifs ambitieux. Cela démontre qu'une politique proactive de recherche d'efficacité permet de contrôler les dépenses. En dépit de la crise, nous avons ainsi en l'espace de 3 ans (2010/2012), divisé par 2 le déficit de l'assurance-maladie : nous étions en 2001 l'un des plus mauvais élèves d'Europe en matière de maîtrise des dépenses d'assurance-maladie, derrière l'Allemagne. Nous sommes désormais au 2ème rang, largement devant l'Allemagne. Et la réduction du déficit de l'assurance-maladie en 2011 a été supérieure d'euros aux objectifs que nous nous étions fixés, ce qui prouve le sérieux qui a présidé à la gestion de notre système de santé.

Je rappelle qu'au début des années 2000, alors même que la croissance était soutenue, le gouvernement socialiste proposait au Parlement de voter un taux de croissance qui n'avait aucun sens puisque rien n'était fait pour contrôler la dépense. On se retrouvait donc avec des taux de croissance des dépenses de l'ordre de 6% à 8% alors même que l'ONDAM voté était de 3,5%. C'était une folie.

Je souhaite maintenir notre politique active de maîtrise des dépenses au cours de ce quinquennat, en travaillant avec tous les acteurs, établissements de santé, médecine libérale, pharmaciens, industrie, mutuelle, et je pense que nous en avons les moyens. Nous avons, en effet, lors de ces 5 dernières années, réalisé des réformes structurelles de notre système de santé. Ainsi, le déficit des hôpitaux a été divisé par trois parce que les hôpitaux sont désormais plus performants dans leur activité, dans les coopérations, dans la rationalisation de leurs investissements. Ceci ne se fait pas au détriment de l'emploi puisque le nombre de médecins à l'hôpital a progressé de 6% sur les 5 dernières années, ni sur l'investissement puisqu'entre 2007 et 2012 les hôpitaux ont investi 18Md€ avec 8M€ d'aides d'État. En ville, la maîtrise médicalisée porte ses fruits et les contrats d'amélioration des pratiques professionnelles permettent une prise en charge plus efficace. Je crois beaucoup en cette dynamique. Cette rationalisation des pratiques s'est faite dans la concertation : la convention médicale a été signée par 3 des 5 syndicats de médecins, c'est là aussi historique. Les pharmaciens demeurent fortement engagés sur le générique, et je souhaite qu'ils s'investissent davantage dans le bon usage et le suivi des pathologies chroniques. L'industrie pharmaceutique a fait preuve de responsabilité en acceptant des baisses de prix mais elle sait que c'est la contrepartie nécessaire pour pouvoir continuer à mettre sur le marché des innovations thérapeutiques.

Je tiens à souligner qu'opposer cette politique de maîtrise des dépenses et la qualité de notre système de santé est un non-sens : nous continuons à investir dans les plans de santé publique comme le plan cancer ou Alzheimer, et nous assignons aux Agences Régionales de Santé des objectifs

de qualité du service rendu à la population. Il s'agit bien d'avoir un système de santé plus efficient. Rationalisation ne veut pas dire rationnement, la santé est financé par la solidarité nationale, il faut bien qu'un euro dépensé soit bien dépensé.

Si les mesures sur le contrôle des dépenses doivent être amplifiées, il faut également repenser le système de financement de notre protection sociale. Les recettes de l'assurance maladie sont majoritairement assises sur les cotisations sociales, au détriment de la compétitivité de l'économie française et de l'emploi. C'est la raison pour laquelle j'ai souhaité baisser les cotisations patronales pour les salariés rémunérés jusqu'à 2,4 smic, en contrepartie d'une augmentation de la TVA à taux normale et des prélèvements sociaux sur les revenus financiers. Cette baisse concernera 14 millions de salariés.

L'association entre efficience de la dépenses et croissance des recettes doit nous permettre de faire revenir l'assurance maladie à l'équilibre dans les trois prochaines années.

2°) Comment envisagez-vous de mettre un terme à la différence entre les prix réels et les bases de remboursement, phénomène qui se banalise et s'amplifie risquant ainsi de conduire l'ensemble des secteurs à la situation que nous connaissons pour l'optique, domaine dans lequel l'Assurance maladie ne rembourse plus que 4% de la dépense ?

Je souhaite nuancer le pessimisme de vos propos. Globalement ces cinq dernières années, la part de financement de la Sécurité Sociale est restée pratiquement stable à 75% environ du total des dépenses. Ainsi, la France est l'un des pays dans lequel les dépenses de santé qui restent à la charge des ménages sont les plus faibles au monde, et ce reste à charge a baissé ces dernières années (9,7 % en 2008, 9,4 % en 2010). Chaque personne peut-être soignée en France, qu'elle soit salariée ou non, en situation de précarité avec la CMU/CMUc, ou encore étrangère en situation irrégulière avec l'aide médicale d'état. Pour ce qui est de l'optique, il faudrait sans doute faire plus, mais la situation de nos finances publiques nous oblige à tenir un discours de vérité. On ne peut aujourd'hui se lancer sur des nouvelles dépenses sans financement. Sur ce sujet, j'attends également des propositions des mutuelles.

3°) Quelle réponse apporterez-vous aux personnes en situation de perte d'autonomie et à leur entourage ?

Je mettrai en œuvre la réforme de la dépendance à compter de 2013, puisque c'est à partir de cette date que la part de la dette dans la richesse nationale va commencer à baisser en France. Le débat national lancé début 2011 a d'ores et déjà permis de grandes avancées, car il a contribué à mieux préciser les besoins des patients et de leurs familles. La baisse du reste à charge sera, à cet égard, une priorité de cette réforme.

Je tiens par ailleurs à rappeler que le secteur social et médico-social a bénéficié depuis 2007 d'un effort sans précédent. Les crédits destinés au secteur médico-social ont systématiquement connu une croissance supérieure à l'ONDAM, lui-même supérieur à la croissance économique. Depuis 5 ans, l'objectif global de dépenses a crû de plus de 74% pour les personnes âgées.

C'est un effort exceptionnel, dans un contexte budgétaire contraint, mais auquel j'ai été particulièrement attentif. Il s'est traduit par une amélioration tangible pour les personnes âgées, en termes de créations de places, d'amélioration de la qualité de la prise en charge, notamment avec la médicalisation et le soutien à l'investissement. A travers la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, nous avons engagé en 5 ans 1 milliard € d'aides à l'investissement, générant 7 milliards € de travaux.

Je tiens aussi à souligner l'effort sans précédent consacré par la France pour les malades d'Alzheimer et leurs proches, avec un Plan 2008-2012 que j'ai voulu dès 2007. Doté de plus d'1,5 milliard d'euros, le Plan Alzheimer 2008-2012 a fait progresser les modes de prise en charge, avec des structures adaptées d'accueil et de soin. Les professionnels sont désormais mieux formés, mieux coordonnés, plus accessibles sur l'ensemble du territoire français. Nous avons aussi prévu des actions spécifiques pour les aidants, afin de les soutenir dans leur présence quotidienne auprès de leur proche malade d'Alzheimer.

Notre effort en faveur du secteur médico-social ne s'est jamais démenti, et j'entends le poursuivre. Pour les établissements et services accueillant les personnes âgées, la progression de l'ONDAM médico-social permettra en 2012 de mobiliser près de 380 M€ de moyens supplémentaires pour les personnes dépendantes, soit une croissance de + 6%. Nous avons ainsi, malgré la crise, amplifié l'effort en direction des personnes âgées.

4°) Etes-vous prêt à donner la possibilité aux mutuelles de contractualiser avec les professionnels de santé dans l'objectif de garantir aux Français des soins de qualité au meilleur prix ?

Les complémentaires sont un acteur essentiel dans notre système de protection sociale et je souhaite qu'elles s'engagent davantage. Avant de donner la possibilité aux mutuelles de contractualiser avec les professionnels de santé, il y a un certains nombres de champs pour lesquels les mutuelles pourraient utilement agir, avec des actes concrets, c'est-à-dire une participation, notamment financière, à une offre qui ne dépendent pas de l'affiliation. L'éducation thérapeutique du patient par exemple. Il s'agit en effet d'une priorité pour une meilleure prise en charge mais aussi une source d'économies. Les complémentaires, et notamment les mutuelles, ont été associées aux travaux mais sans jamais accepter de participer financièrement. Or, l'assurance maladie obligatoire ne peut pas proposer une offre qui ne bénéficierait qu'à certains assurés affiliés, ce serait contraire à ses principes auxquels je suis attaché.

5°) Enfin quelles solutions envisagez-vous pour favoriser l'accès à une mutuelle et mettre ainsi en œuvre le droit à une garantie complémentaire solidaire pour chacun ?

Le Gouvernement a d'ores et déjà beaucoup fait, depuis le début du quinquennat, pour renforcer l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. L'ACS a ainsi été doublée pour les personnes âgées de plus de 60 ans et pour les 16-25 ans, cette mesure ayant été décidée suite à la concertation nationale sur l'autonomie des jeunes en 2009.

Le plafond de ressources qui lui est applicable a été progressivement relevé : le seuil, jusqu'ici situé à au plus 25 % au-delà du plafond de la CMU complémentaire, avait été progressivement porté, jusqu'en 2012 à + 30 % au-delà de ce même plafond.

Une nouvelle revalorisation forte de l'ACS a été opérée en 2012. Il a, ainsi, été voté en LFSS d'augmenter encore le plafond de ressources de l'ACS à CMUc+35% au 1er janvier 2012, au lieu de CMUc +30% (comme prévu en LFSS 2011).

Cette mesure portera le plafond de ressources de l'ACS à 874 €. Au total, les différentes revalorisations du plafond depuis 2011 permettront à 1 million de personnes de bénéficier de l'ACS d'ici la fin de l'année 2012.