

Fiche : n° 5 - Le rapport Chadelat : vers un désengagement de l'assurance maladie obligatoire

La réforme de l'assurance maladie annoncée au départ pour l'automne 2003 et finalement repoussée à l'été 2004, devrait s'appuyer sur les travaux de 3 groupes de travail mis en place par le ministre de la santé l'an dernier et qui ont d'ores et déjà rendu leurs rapports :

- celui de Rolande Ruellan sur les « relations entre l'Etat et l'assurance maladie » ;
- celui d'Alain Coulomb qui porte sur la médicalisation de l'objectif national des dépenses de santé (ONDAM)
- et celui de Jean-François Chadelat qui avait pour mission d'étudier la répartition actuelle des interventions des régimes de base et de l'assurance complémentaire en matière de santé et de faire des propositions sur les évolutions possibles.

Le 8 avril 2003, Jean-François Chadelat a remis ses propositions qui constituent une remise en cause frontale de notre système. J.F. Chadelat est l'actuel directeur du Fonds de financement de la CMU, mais surtout il a été directeur chargé des questions de santé chez AXA de 1990 à 1994. Il a également fait partie du groupe « d'experts » qui a élaboré la réforme Juppé.

Le contexte

Le rapport est intelligent et astucieux dans la mesure où il prétend « acter » ou entériner les évolutions en cours et notamment le développement de l'assurance complémentaire. Il s'agit de se couler dans la logique de marché qui grignote le système actuel, et d'accentuer la marchandisation de la santé déjà en œuvre depuis un certain nombre d'années.

Il affiche par ailleurs des préoccupations sociales au nom de l'équité, et prétend apporter un remède aux insuffisances actuelles de notre système de Sécurité sociale.

Chadelat propose une réforme en apparence raisonnable et mesurée. Mais en réalité, il s'agit d'un changement majeur de notre système de protection sociale :

- il institutionnalise un système à trois étages,
- il remet en cause les principes de solidarité attachés au système,
- et il tourne résolument le dos à la mise en place d'un régime universel d'assurance maladie obligatoire.

Un système à 3 étages

Le rapport Chadelat préconise la création d'une Couverture Maladie Généralisée (CMG) qui correspond à l'accès aux soins que la Nation garantit à chacun de ses citoyens ; la CMG est constituée de 2 niveaux:

- l'assurance maladie obligatoire (AMO) financée par des prélèvements obligatoires,
- et l'assurance maladie complémentaire dite de base (AMCB) qui restera facultative et pour laquelle sera créé un dispositif d'aide à son acquisition .

Apparemment l'existant ne semble pas profondément bouleversé.

Mais en réalité tout dépend de l'étendue du contenu de la couverture maladie généralisée.

En effet, les dépenses exclues de la CMG resteront à la charge des ménages et « libre à eux » de souscrire une assurance supplémentaire: c'est le 3^{ème} étage de la construction. Si ce 3^{ème} étage se révèle important, les inégalités dans l'accès aux soins risquent de s'aggraver car seuls les plus riches pourront prétendre à ce niveau de couverture.

Ensuite, tout dépend de la répartition des dépenses entre celles qui relèvent de l'AMO et celles qui relèvent de l'AMCB. La volonté de maintenir une frontière entre couverture de base et couverture complémentaire avec la perspective de voir s'étendre le champ de cette dernière, est révélatrice d'enjeux financiers importants et inquiétante pour les assurés.

Au nom de la volonté affichée de réduire le niveau des prélèvements obligatoires la tentation sera forte de transférer une part de plus en plus importante du régime obligatoire vers les complémentaires et ainsi de réduire l'AMO à un filet de sécurité minimale. Au bout du compte, les assurés subiront de plein fouet les augmentations de cotisations ou de primes auxquelles les mutuelles et les assurances seront conduits.

Le panier de soins ou la marchandisation de la santé

L'expression est parlante: chacun va au marché de la santé avec son panier et son porte-monnaie plus ou moins bien garni et achète plus ou moins de biens selon ses moyens.

Le panier de soins de la CMG reste à définir : ses grands principes seront fixés par le parlement, et le gouvernement arrêtera par voie réglementaire les garanties offertes par la CMG. Après concertation au sein d'une structure spécifique associant les différents partenaires, il reviendra également à l'Etat de fixer les frontières respectives de l'AMO et de l'AMCB.

Seules quelques indications existent sur le panier de soins de l'AMCB qui devra comporter 3 types de garanties :

- prise en charge des actuels tickets modérateurs (on parlera désormais de co-paiement),
- dépassements au delà du tarif opposable (dentaire, optique...),
- tout ou partie du forfait hospitalier .

En contrepartie de la liberté tarifaire, l'assurance complémentaire devra respecter au minimum les règles du contrat solidaire (non sélection des risques, non majoration pour état de santé...) et, en échange de l'aide financière, elle devra s'engager dans la co-régulation des soins.

Plusieurs interrogations à ce stade : quelle sera la part de l'AMO dans le dispositif, les prix et les niveaux de couverture des organismes complémentaires seront-ils fixés par les pouvoirs publics ou pourront-ils fluctuer au gré des uns et des autres ? Comment le secteur concurrentiel peut-il garantir un niveau de couverture complémentaire identique pour tous ?

Comment faire coexister l'actuelle CMU Complémentaire, qui reste en l'état avec ses contraintes réglementaires spécifiques visant à assurer une totale gratuité pour les plus défavorisés, et la future AMCB si son contenu et son prix restent libres ? Les injustices dénoncées aujourd'hui risquent de perdurer voire de s'aggraver.

Les bons d'achat

Pour faciliter l'accès à une AMC de base, il est proposé de créer une aide personnalisée à l'achat, dégressive en fonction du revenu. Maximum jusqu'au plafond de la CMUC (562 Euros), puis décroissante jusqu'à un 2^{ème} plafond (1000 euros), cette aide d'un montant maximum de l'ordre de 300 euros sera modulable en fonction de l'âge et de la composition du foyer.

Ce bon pourrait être servi par les CAF ou le réseau du Trésor Public. La piste du crédit d'impôt a été écartée en raison de la complexité du système fiscal français.

Le coût de ce dispositif, estimé à 2,8 milliards d'euros, serait financé par la suppression d'avantages fiscaux et sociaux actuellement accordés aux entreprises et aux salariés pour la souscription de contrats santé, loi Madelin ou collectifs obligatoires.

Si 13,6 millions d'assurés sociaux (18 millions si l'on intègre les bénéficiaires actuels de la CMU) sont potentiellement concernés par les bons d'achat à l' AMCB, tous les autres devront payer le prix fort avec une forte probabilité de hausses à la clé.

Le fait d'instaurer un plafond de revenus (même s'il est supérieur à celui de la CMU et que l'aide soit dégressive) introduit un effet de seuil, source d'inégalités et d'injustices, et peut devenir l'amorce d'une modulation des remboursements en fonction du revenu.

De plus, introduire la possibilité de moduler le bon d'achat en fonction de l'âge de l'assuré, c'est faire rentrer par la fenêtre la sélection des risques.

Un projet d'inspiration libérale, en phase avec les projets du gouvernement

Le projet Chadelat entérine :

- le renoncement au régime universel d'assurance maladie financé de façon obligatoire et collective,
- institutionnalise l'assurance maladie complémentaire à la charge des assurés,
- et consacre l'intrusion des assureurs dans la gestion du risque maladie.

Au travers de la co-gestion, du co-paiement et de la co-régulation, le projet va permettre aux assureurs complémentaires d'avoir pignon sur rue, de leur ouvrir les portes des organismes de sécurité sociale (Cpam et Urcam notamment) et de mettre en place un système de guichet unique pour la part obligatoire et complémentaire.

Le projet repose sur le principe de base clairement énoncé dans ses conclusions « la liberté d'assurer et de s'assurer ».

Dans sa démarche, Chadelat s'appuie bien évidemment sur la législation européenne et ses directives, notamment celles qui ont soumis tous les organismes complémentaires (les mutuelles comme les sociétés d'assurances à but lucratif) aux mêmes règles de concurrence à compter de l'année 2002.

La cour de justice des communautés européennes, en 1993, a réaffirmé que les organismes de Sécurité sociale sont explicitement exclus du champ d'application du droit communautaire à la concurrence. Leur monopole est justifié exclusivement par leur mission de service public et de mise en œuvre du principe de solidarité.

La réforme proposée s'efforce de prendre en compte cette directive ; la difficulté est contournée en diminuant la part de l'assurance obligatoire, et en réduisant de ce fait le niveau de prise en charge collective.

Pour ouvrir le marché de la santé aux assureurs - il s'agit d'un marché de 148 milliards d'euros, ce qui est loin d'être négligeable - il suffit de revoir la répartition actuelle des remboursements entre les différents intervenants.

Actuellement la répartition de la prise en charge des dépenses est la suivante:

- la sécurité sociale rembourse 75%,
- les complémentaires 12%,
- l'Etat et les collectivités locales 1%,
- les ménages conservent à leur charge 11%.

Le projet repose également sur le principe de la liberté tarifaire pour les organismes complémentaires qui devront, en échange, respecter au minimum les règles du contrat solidaire. Dans le même temps, il faut souligner les fortes pressions exercées par des médecins pour obtenir un espace de liberté tarifaire pour fixer leurs honoraires comme ils l'entendent, et cela en toute illégalité.

Le rapport Chadelat ne condamne pas l'augmentation des dépenses de santé qu'il trouve légitime, voire naturelle. Le ministre de la Santé parlait même de « *dépenses heureuses* » dans son discours aux journées de l'Assurance maladie de Nice en mars 2003.

L'objectif recherché n'est pas de réduire les dépenses, et le rapport est clair sur ce point : « *Il serait illusoire de penser, au regard des masses financières en jeu et des déterminants de la croissance des dépenses, qu'une réforme de la répartition des interventions entre AMO et AMC puisse résoudre les difficultés financières de l'assurance maladie.* »

Mais son but est bien de diminuer la part prise en charge par la sécurité sociale (financée par les prélèvements obligatoires) et, à contrario, d'augmenter la part du secteur privé : mutuelles et compagnies d'assurances (payées individuellement par les ménages).

Le rapport est également d'inspiration libérale dans la mesure où il rejette tout élargissement d'une prise en charge plus importante de l'assurance maladie obligatoire dans les dépenses de santé qui aurait pour conséquence d'augmenter les prélèvements obligatoires et « *de mettre en difficulté les entreprises* »; mais le rapport oublie de dire qu'il permettra ainsi aux entreprises d'améliorer leur « *compétitivité* » tout en augmentant leurs profits ainsi que les dividendes des actionnaires. L'objectif non déclaré de diminuer la part de l'assurance maladie obligatoire (AMO) pourrait être de réduire, demain, les cotisations patronales versées au titre de la maladie (actuellement 12,8% pour un taux plein).

Le débat sur le niveau de protection que la collectivité devrait apporter ainsi que sur son financement est totalement occulté.

Conclusion

Le rapport Chadelat s'intègre parfaitement dans le processus de marchandisation accrue de la santé déjà en œuvre : cliniques privées à but lucratif, médecine privée à l'hôpital public, trusts pharmaceutiques, laboratoires d'analyse et d'imagerie médicale....

Ce rapport fait partie d'un ensemble qui sous-tend un projet de remise en cause d'envergure de la branche maladie de la sécurité sociale, mais il fait l'impasse sur les fortes inégalités de santé qui perdurent, sur la nécessité de réorganiser et de réguler le système de santé, sur les ressources qui doivent y être affectées.....

Lexique

AMO : assurances maladie obligatoires

AMC : assurances maladie complémentaires

AMCB : assurance complémentaire dite de base

CMG : couverture maladie généralisée

CMU : couverture maladie universelle

CMUC : couverture maladie universelle complémentaire

CPAM : caisses primaires d'assurance maladie

URCAM : unions régionales des caisses d'assurance maladie

Annexe LES GRANDES LIGNES DU RAPPORT CHADELAT

LA SITUATION ACTUELLE

Les dépenses de santé représentent 9,5% de la richesse nationale; la France se situe au 4^{ème} rang mondial derrière les Etats Unis, l'Allemagne et la Suisse.

Les principales raisons de la progression des dépenses de santé :

- l'augmentation de l'offre de soins;
- le vieillissement de la population;
- le progrès médical;
- l'élévation du niveau de vie.

Si le rapport estime que cette croissance n'est « *ni illégitime, ni préjudiciable en soi* », il relève que le financement supporté par la collectivité ne peut s'accroître indéfiniment sous peine de contraintes insupportables.

La répartition des prises en charge des dépenses de santé :

- 75% pour l'assurance maladie obligatoire;
- 12% pour les organismes de couverture complémentaire;
- 11% restent à la charge des assurés;
- 1% pour l'Etat et les collectivités locales.

A noter, au cours des dernières années, une légère baisse de la part de la Sécurité Sociale (-0,5 pts) et des ménages (-1,5 pts) et une hausse de la part des complémentaires (+2 pts).

A souligner également que l'intervention des AMO et des AMC varie selon la nature des dépenses : le rôle des complémentaires est limité en matière hospitalière, il est important en matière de médicaments et il est prépondérant dans les domaines de l'optique, du dentaire et de l'appareillage en général.

90% de la population est couverte par une assurance maladie complémentaire

Si la création de la CMU (couverture maladie universelle) au 1^{er} janvier 2000 a permis à 4,5 millions de personnes (soit 7,8% de la population !) à très faibles ressources d'accéder à une couverture complémentaire de santé, 3 millions de personnes en sont toujours exclues pour des raisons financières du fait de l'existence d'un plafond de ressources particulièrement bas (562 euros).

La répartition actuelle des interventions entre les AMO (assurances maladie obligatoires), les AMC (assurances maladie complémentaires) et les ménages est la résultante de décisions techniques et politiques qui se sont empilées au fil des années sans jamais être véritablement débattues et sans aucune logique.

LES OBJECTIFS AFFICHES

- meilleure prise en charge globale dans le cadre d'un objectif de santé publique,
- optimiser les dépenses de santé et d'assurance maladie,
- responsabiliser de façon accrue tous les acteurs du système: ménages, professionnels de santé, AMC, AMO et Etat ,
- améliorer et simplifier l'accès aux soins global entrant dans l'objectif de santé publique.

LES PROPOSITIONS

Pour répondre aux besoins et aux objectifs fixés, 2 solutions étaient envisageables:

- ➔ Soit élargir le champ d'action des AMO,
- ➔ Soit entériner l'intervention conjointe des AMO et des AMC .

La 1^{ère} a été rejetée car elle entraînerait :

- la disparition des organismes de couverture complémentaire (ce qu'aucun membre du groupe de travail ne juge souhaitable ou envisageable !),
- et une augmentation des prélèvements obligatoires, ce qui placerait la France en difficulté par rapport à ses partenaires européens.

La solution proposée est la création d'une Couverture Maladie Généralisée (CMG)

La CMG correspond à l'accès aux soins que la Nation garantit à chaque citoyen ; elle est constituée de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et d'une assurance complémentaire dite de base (AMCB).

$$\text{CMG} = \text{AMO} + \text{AMCB}$$

Au delà de ces 2 niveaux, il en existera un 3^{ème} constitué du « *reste à charge* » pour lequel l'assuré aura la faculté de s'assurer ! Le contenu de la CMG (encore appelé panier de soins) sera défini par l'Etat au terme du processus suivant :

- vote par le parlement des grands principes définissant la couverture maladie généralisée, après consultation d'experts, d'organismes de sécurité sociale, d'usagers, d'élus
- définition précise du panier de soins par l'exécutif, après consultation d'experts et concertation de l'Etat, des AMO et AMC avec les professionnels de santé et les industriels de la santé pour fixer la valeur du tarif opposable des actes et des produits de santé.

Les dépenses de santé seraient classées en 4 catégories distinctes :

- dépenses financées par les AMO ;
- dépenses cofinancées par les AMO/AMC ;
- dépenses financées par les AMC ;
- dépenses restant à la charge des assurés (3^{ème} étage du dispositif).

Mais seules les 3 premières catégories relèvent de la CMG.

◆ *Les caractéristiques de l'AMCB*

- elle reste facultative,
- en échange de la liberté tarifaire, elle doit respecter au minimum les règles du contrat solidaire (non sélection des risques, non majoration pour état de santé...),
- elle ouvre droit à une aide à l'achat (dégressive en fonction des revenus), financée par la collectivité, en contrepartie d'un engagement dans la corégulation des dépenses.

◆ *Quelle articulation entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire ?*

Le co-paiement

Au final, c'est l'Etat qui fixera réglementairement la répartition entre ce qui relève de l'AMO et ce qui relève de l'AMCB, après concertation au sein d'une structure spécifique associant les différents partenaires.

Mais le panier de soins de l'AMCB devra comporter 3 types de garanties qui n'existent pas aujourd'hui dans tous les contrats complémentaires :

- prise en charge des actuels tickets modérateurs dans une véritable logique de copaiement ;
- les dépassements au delà du tarif opposable (dentaire, optique...);
- tout ou partie du forfait hospitalier.

La co-régulation

Les régimes complémentaires seront associés à la gestion du risque; l'objectif étant de réguler les dépenses.

◆ *L'aide à l'achat de l'AMCB*

Cette aide serait attribuée sous conditions de ressources, de façon intégrale jusqu'au plafond actuel de la CMU(562 euros), et ensuite de façon dégressive jusqu'à un 2^{ème} plafond qui pourrait être établi autour de 1000 euros (13,6 millions nouveaux bénéficiaires).

Le rapport privilégie l'idée d'un chèque endossable (bon d'achat) modulable en fonction de l'âge (!) du bénéficiaire et de la composition de la famille, au lieu d'un crédit d'impôt compte tenu de la « complexité » du système fiscal français.

Ce bon d'achat pourrait être servi par les caisses d'allocations familiales qui gèrent de nombreux dispositifs faisant appel aux ressources des assurés, ou encore par les trésoreries (mécanisme mis en place dans le cadre de la prime pour l'emploi) ;

Le montant de l'aide pourrait être fixé autour de 300 euros et son financement serait assuré par la suppression des avantages fiscaux et sociaux accordés aux entreprises et salariés pour la souscription de contrats santé, loi Madelin ou collectifs obligatoires.