

Accueil	Rechercher	L'actualité du livre	Liens	Agenda	Votre panier
	Nos publications	S'abonner	Qui sommes-nous ?	Association	Contacts



France
Santé

Assurance maladie : le grand flou

Les propositions du gouvernement privilégient le retour à l'équilibre financier au détriment d'une réorganisation de l'offre de soins.

Après avoir repoussé plusieurs fois la date à laquelle il devait rendre public ses propositions, le gouvernement, par la voix de Philippe Douste-Blazy, ministre de la Santé, est enfin sorti du bois. Les mesures annoncées, centrées sur le retour à l'équilibre des comptes de la Sécu, ne fondent pas une réforme réelle de l'assurance maladie. Et la « *responsabilisation* » de tous les acteurs, souhaitée par le ministre, concerne essentiellement les assurés sociaux, appelés à se comporter de manière vertueuse sous peine de sanctions financières. Comme si la nécessaire réorganisation de l'offre de soins ne devait pas, aussi et sans doute d'abord, concerner les conditions d'exercice des professionnels. Parallèlement, la gouvernance de l'assurance maladie demeure dans le flou. Une architecture générale a été définie, mais les responsabilités exactes des différents acteurs demeurent incertaines.

Trois questions

Les mesures annoncées par Philippe Douste-Blazy doivent être lues en référence à trois questions : le caractère solidaire du financement est-il renforcé ou amoindri ? La réforme est-elle uniquement financière ou transforme-t-elle l'organisation du système de soins ? Qui doit gouverner ? (1)

Sur le plan du financement, les mesures annoncées ont d'abord pour objectif de trouver rapidement des ressources nouvelles et de réaliser quelques économies. Côté recettes, ce sont les retraités, les entreprises et les générations futures qui vont payer : augmentation de la CSG payée par les retraités imposables ; légère élévation de la cotisation de solidarité spécifique sur les sociétés, assise sur les chiffre d'affaires des entreprises ; réechelonnement dans le temps du remboursement de la dette sociale prise en charge par la CRDS (2). Côté dépenses et remboursements, le ministre veut renforcer les contrôles sur les arrêts du travail et sur l'accès au remboursement à 100 % ; un forfait d'un euro non remboursable sera laissé à la charge du patient pour chaque acte médical (sauf pour les titulaires de la CMU et les enfants) ; le niveau de prise en charge par la Sécurité sociale des honoraires médicaux demeure calculé sur le tarif conventionnel, alors qu'un nombre croissant de médecins devraient pratiquer des dépassements d'honoraires ; enfin, pour ce qui concerne le médicament, les remboursements seront calculés sur la base du prix du générique le moins coûteux.

Dans un tel schéma, la place des complémentaires, à côté de l'assurance maladie de base, devrait être appelée à se développer, même si cela demeure pour l'instant de l'ordre du non-dit. Dès avant les annonces ministérielles, un large accord était déjà malheureusement établi : une amélioration de la couverture apportée par le régime obligatoire n'était pas souhaitable ; l'objectif à atteindre était donc de permettre à tous d'accéder à une couverture complémentaire.

D'où le risque que cette intervention plus importante des mutuelles serve de cheval de Troie à une intrusion des assureurs commerciaux dans la gestion de l'assurance maladie. Les dirigeants de la mutualité répondent qu'il suffira de conditionner l'aide publique à l'achat d'une couverture complémentaire au caractère « *solidaire* » de cette couverture complémentaire. La réponse est un peu courte. On voit mal comment, en pratique, la concurrence voulue entre complémentaires et le caractère « *solidaire* » de la couverture pourraient cohabiter.

Responsabilisation à deux vitesses

Côté réorganisation de l'offre de soins, Philippe Douste-Blazy affirme sa nécessité, mais sans réelle mesures concrètes. La seule annonce précise concerne la mise en place du dossier médical individuel informatisé. Un outil sans doute utile, mais dont on ne sait pas trop s'il sera l'instrument d'une meilleure qualité de soins, où un moyen de contrôle des patients. La

nécessaire collaboration des différents professionnels de ville (médecin, infirmière, kiné, aide à domicile...) pour la prise en charge globale des malades et l'indispensable coordination entre les soins de ville et l'hôpital ne peuvent être assurées par un simple outil technique.

Parallèlement, en proposant de sanctionner financièrement l'accès direct aux spécialistes – libres alors de pratiquer des dépassements –, le ministre, tout en se gardant de prononcer le mot, encourage le mouvement vers un système de médecin référent, dans lequel le généraliste joue un rôle pivot. Mais cela a-t-il un sens si rien n'est dit sur son mode de rémunération ? Et si le passage chez le généraliste n'est, de fait, obligatoire que pour les moins aisés ? La dérive vers une médecine à deux vitesses menace, les plus aisés continuant à aller voir directement des spécialistes à honoraires libres, pour le plus grand bonheur de ces derniers. La nécessaire « responsabilisation » annoncée des acteurs trouve ici sa limite : le ministre se refuse à affronter les organisations de médecins libéraux qui réclament l'ouverture d'« espaces de liberté tarifaire » (3).

Pour ce qui concerne le processus de décision et de gestion du système, une nouvelle architecture devrait se mettre en place, autour de trois unions. Une « union des caisses d'assurance maladie », qui regrouperait le régime des salariés (CNAMts), celui des agriculteurs (MSA) et celui des artisans et commerçants (Canam) ; une « union des complémentaires », qui rassemblerait les mutuelles, les institutions de prévoyance (4) et les assureurs commerciaux ; et, enfin, une « union des professionnels de santé ». Ces trois entités auraient en charge la gestion de l'assurance maladie : les deux premières négocieraient avec la troisième les conventions qui doivent lier les professionnels de santé et l'assurance maladie. Un institut national de données et une haute autorité de santé seraient par ailleurs mis en place, à qui reviendrait de définir les contours de ce qui doit être ou non pris en charge par l'assurance maladie, le tout étant soumis au contrôle et à la validation de l'Etat, gouvernement et Parlement.

Une gouvernance incertaine

Certaines questions très importantes demeurent cependant non-tranchées : quel sera le fonctionnement de ces unions ? Si, pour l'union des complémentaires, la mutualité demande à en assurer la présidence, quels pouvoirs accorder aux deux autres composantes ? Le périmètre des soins pris en charge par l'assurance maladie (5) doit-il relever de la seule haute autorité composée de scientifiques indépendants ? Doit-il être débattu par les unions ? Relève-t-il d'une décision de l'Etat après avis ?

Tout cet édifice est enfin envisagé au niveau national. Le niveau local, c'est-à-dire là où le débat sur l'organisation concrète des soins et des politiques de santé a tout son sens, demeure absent, tout comme la place des associations de malades.

Sur chacune des grandes questions posées par la réforme de l'assurance maladie, la position du gouvernement demeure donc encore dans le flou, même si le sens général témoigne d'une grande timidité face à la nécessité de réorganiser le système de soins, faute d'oser débattre sur le fond avec les professionnels libéraux.

Pierre Volovitch et Philippe Frémeaux

(1) [Voir « Réforme de la Sécu : le dossier », Alternatives Economiques n° 224, avril 2004.](#)

(2) La CRDS, mise en place par le plan Juppé pour apurer la dette de la Sécurité sociale, devait s'arrêter en 2009. Le gouvernement Jospin l'a prolongé jusqu'en 2014.

(3) Le spécialiste de secteur 1 s'engage par convention à appliquer les tarifs de l'assurance maladie. En échange de quoi, celle-ci prend en charge une part importante de ses cotisations sociales. Aujourd'hui, un tiers des spécialistes de secteur 1 pratique des dépassements sauvages.

(4) Il s'agit de couvertures complémentaires maladie mises en place par des accords collectifs d'entreprise.

(5) [Voir « Que doit rembourser la Sécu ? », Alternatives Economiques n° 221, janvier 2004.](#)

Même l'OCDE n'y croit pas

Les ministres de la Santé des pays de l'OCDE se sont réunis à la mi-mai pour débattre des réformes des systèmes de santé. S'appuyant sur une étude menée dans trente pays, l'organisation affirme que « l'efficacité est peut-être le seul moyen de concilier accroissement de la demande de soins et contraintes des finances publiques ». L'OCDE se montre réservée sur les politiques de déremboursement qui, non seulement ne peuvent conduire à des économies importantes, mais freine l'accès aux traitements nécessaires. Enfin, l'introduction des assurances privées n'apparaît pas comme la solution miracle, tant il est « de plus en plus difficile d'instaurer et de maintenir des conditions de concurrence, tout en respectant l'obligation de couvrir toute la population ».

Une réforme peut en cacher une autre

La réforme de l'assurance-maladie lancée par le gouvernement n'est pas clairement articulée à d'autres dispositions en matière de santé d'ores et déjà été adoptées ou qui devraient l'être à court terme : la réforme de l'hôpital, qui représente plus de 40 % des dépenses de soins, est d'ores et déjà engagée. Le Parlement vient ainsi de voter la loi de santé publique. Il débat de la loi de solidarité pour l'autonomie, qui porte sur le handicap et la dépendance qui aura; bien évidemment, des impacts sur l'assurance maladie, à la fois en termes financiers et dans le domaine de la répartition des compétences entre assurance maladie et collectivités locales.

Dans le même dossier :

- Qui détient les titres et qui intervient sur les marchés financiers ?
- La Bourse étouffe-t-elle l'économie réelle ?
- Patrons ou actionnaires, qui a le pouvoir ?
- La Bourse peut-elle se remettre à monter comme dans les années 90 ?
- L'utopie de la valeur actionnariale, entretien avec Michel Aglietta

juin 2004, 4,25 euros, port inclus 

[Je m'abonne](#)

Accueil	Rechercher	L'actualité du livre	Liens	Agenda	Votre panier
	Nos publications	S'abonner	Qui sommes-nous ?	Association	Contacts