

Au printemps le rapport Chadelat, à l'automne le vote parlementaire de la réforme Il y a urgence à un véritable débat démocratique national pour sauver l'assurance maladie¹

Marie Kayser, Syndicat de la Médecine Générale²

Le groupe de travail Chadelat est un des trois groupes de travail mis en place par le ministre de la santé à l'automne 2002 pour préparer la réforme de l'assurance maladie qui doit être présentée au parlement à l'automne 2003 en même temps que le plan de financement de la sécurité sociale pour 2004. La mission du groupe dit Chadelat est de travailler sur " la répartition des interventions entre les assurances maladies obligatoires et complémentaires en matière de dépense de santé ".

Le groupe de travail présidé par Rolande Ruellan travaille sur " l'état des lieux des relations entre l'état et l'assurance maladie ", celui présidé par Alain Coulomb délégué général de la Fédération de l'Hospitalisation Privée sur " les moyens de médicaliser l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie et sur les moyens de faire coïncider objectifs de dépenses et dépenses réalisées avec en particulier l'étude de la tarification à l'activité.

Jean-François Chadelat est actuellement président du fond de financement de la CMU, il a été patron de l'ACOSS (agence gérant la trésorerie de la Sécu), a fait partie des experts qui ont élaboré le plan Juppé de 1995 ; il a été nommé en 1994 directeur du Fond de solidarité vieillesse et en 1997 inspecteur général des affaires sociales ; il a été également responsable du département sur les nouveaux produits de santé des assurances privées AXA.

Le rapport Chadelat : son contenu

Première partie : la situation actuelle :

- **Contexte financier :** augmentation des dépenses de santé et accroissement de leur part dans le PIB : la France se situe au 4^o rang mondial avec 9,5% de la richesse nationale consacrée aux dépenses de santé.
- **Nature des organismes de prise en charge :**
 - les organismes de sécurité sociale sont explicitement exclus du champ d'application du droit communautaire de la concurrence, leur monopole étant justifié exclusivement par leurs missions de service public et la mise en œuvre du principe de solidarité consacré par l'obligation d'adhésion
 - les régimes complémentaires étant de nature fondamentalement différente et en application des directives européennes sont aujourd'hui tous soumis aux mêmes règles de concurrence qu'il s'agisse

¹ Note : ce texte rassemble les premiers éléments de la réflexion menée au niveau du Syndicat de la Médecine Générale sur les risques pesant sur l'assurance maladie à l'occasion de la parution du rapport Chadelat . Il a pour vocation d'être débattu et enrichi. Il a été écrit à partir du pré-rapport Chadelat , avec l'aide en particulier du numéro hors série *d'Alternatives Economiques* sur la Protection Sociale paru au premier trimestre 2003 (qu'on peut commander à *Alternatives Economiques*) et de données de réflexions issues de la Fondation Copernic.

² SMG: 52 Rue Gallieni 92240 Malakoff tel: 0146578585 . Fax : 0146570860 SyndMedgen@aol.com

de mutuelles d'institutions de prévoyances ou d'assurances avec un marché de l'assurance maladie complémentaire concurrentiel et une tendance à la concentration. De même les pratiques tarifaires ont tendance à se rapprocher, en particulier la tarification en fonction de l'âge de l'assuré qui est de plus en plus répandue. Cette taxation selon l'âge permet aux organismes complémentaires de rompre en partie le principe de solidarité tout en bénéficiant de l'exonération de la taxe de 7% sur les contrats dits "solidaires" c'est à dire ne comportant ni questionnaire médical ni taxation selon l'état de santé.

- **Modalités des prises en charge :**

- une structure de financement où les régimes obligatoires prennent en charge un peu plus des ¾ des dépenses de santé, l'Etat et les collectivités locales 1%, les organismes de couverture complémentaire 12%, les ménages 11%
- cette structure de financement est relativement stable sur les 9 dernières années avec une baisse légère de la part de la sécurité sociale (-0,5 points) et des ménages (-1,5 points) et une augmentation de la part des complémentaires (+ 2 points) et des mutuelles (+ 1,3 points). Le total des dépenses de santé en 2001 étant de 148 milliards d'euros.
- le coût des dépenses de santé est inégalement réparti : 5% des malades représentent 50% des dépenses de soin et que 70% des dépenses proviennent des 6 derniers mois de la vie
- il y a de grandes inégalités dans la prise en charge selon la nature des dépenses : les dépenses en médecine ambulatoire ne sont actuellement couvertes qu'à 54% par l'assurance maladie ; certains secteurs : lunetterie, prothèses dentaires et petits matériels sont particulièrement mal couverts avec actuellement un forfait de remboursement minimal fixe et indépendant du prix constituant " un panier de soins "
- la couverture par le régime obligatoire est généralisée, mais ne suffit pas à garantir un accès satisfaisant aux soins et doit être complétée par une couverture complémentaire :
 - apportée par des organismes à but non lucratif comme les mutuelles (62% des contrats) ou les institutions de prévoyance (15%) ou par des organismes à but lucratif comme les assurances privées (23%)
 - une absence de couverture complémentaire pour 10% des français par difficultés financières pour plus de la moitié d'entre eux
 - une très grande diversité dans le niveau des prestations fournies par les couvertures complémentaires
 - des contrats collectifs pris par les entreprises pour leurs salariés qui représenteraient 50% de l'ensemble des contrats de complémentaire : la négociation de ces contrats permet aux entreprises d'avoir des tarifs avantageux ; par ailleurs en échange de la mise en place de ces contrats les entreprises bénéficient de réduction d'assiette des charges sociales et les salariés de déductions fiscales
- le cas particulier de la CMU complémentaire qui permet une prise en charge à 100% pour les personnes en dessous d'un plafond (actuellement 562 E pour une personne seule)

- **Un système de co-paiement** où les assurances complémentaires ne sont pas associées aux mécanismes de régulation ce que le rapport analyse comme déresponsabilisant

Deuxième partie : les objectifs affichés

Le rapport retient 3 objectifs principaux :

- meilleure prise en charge globale de tous les Français dans le cadre d'un objectif de santé publique, la nécessité pour chacun d'avoir accès aux soins dans de bonnes conditions ; le rapport reconnaît qu'un bon accès aux soins nécessite une couverture maladie complémentaire
- contribuer à une optimisation des dépenses
- obtenir une responsabilisation accrue de tous les acteurs du système

Mais il en rajoute un quatrième qui est l'objet même du rapport : la nécessité de faire des choix entre ce qui doit relever de la solidarité nationale, des assurances complémentaires et de la charge des ménages

Troisième partie : les solutions

La première solution évoquée est aussitôt rejetée : “ élargir le champ des interventions des assurances maladie obligatoires (AMO) à l'ensemble des prestations servies par les assurances maladie complémentaires (AMC) et qui sont indispensables à un bon accès aux soins. ” Les raisons évoquées du rejet sont : la quasi- disparition des organismes complémentaires qu'elle entraînerait et l'intégration des cotisations versées aux AMC dans les prélèvements obligatoires plaçant la France en difficulté au regard de ses engagements européens.

La deuxième solution est d'emblée retenue. Il s'agit d'une architecture à 3 niveaux :

- ◆ mise en place d'une Couverture Maladie dite Généralisée dans le rapport ou CMG qui regroupe l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) actuelle avec une Assurance Maladie Complémentaire dite de Base (AMCB). Contrairement à ce qui se passe pour la CMU complémentaire l'Assurance Maladie ne pourrait être le fournisseur de l'assurance maladie complémentaire de base. Il est précisé que la définition du contenu de la CMG est une compétence de l'état, qu'elle n'a pas vocation à la gratuité totale, que grossièrement son champ correspondrait aux soins couverts par les AMO et par les contrats d'AMC “ les plus standards ”

- ◆ la répartition à l'intérieur de la CMG des champs de l'AMO et de l'AMCB ira selon les catégories de dépenses d'une prise en charge totale à l'absence totale de prise en charge dans le régime obligatoire

- ◆ L'AMCB ne sera pas obligatoire mais facultative son contenu sera défini par un cahier des charges et s'imposera aux organismes complémentaires

- ◆ le principe de la CMU complémentaire sera maintenu avec la gratuité totale de la prise en charge

- ◆ il y aura un troisième étage de couverture complémentaire totalement à la charge des assurés

- les coûts et les financements :

- ◆ les organismes complémentaires ont la liberté de leurs tarifs en ce qui concerne l'AMCB, mais pour ce contrat de base ils doivent respecter les principes des contrats dits “solidaires” : pas de période probatoire, pas de questionnaire santé, pas de majoration pour état de santé ; cependant reste possible, comme actuellement pour ce type de contrat, une majoration pour âge que le rapport propose d'encadrer.

- ◆ il est créé une aide à l'achat de la complémentaire de base : aide personnalisée à l'achat attribuée sous condition de ressources ; cette aide serait maximale au niveau du plancher qui serait celui de la CMU complémentaire (562 E pour une personne seule) et dégressive pour être nulle au niveau d'un

plafond qui est envisagé à 1000 E (légèrement au-dessus du SMIC) ; son montant dans cette hypothèse serait de 300E. Une autre hypothèse est envisagée avec un plafond plus haut

- **La co-régulation** : le rapport envisage un mécanisme de co-régulation dans lequel les AMC seraient associées aux Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie et envisage que selon les cas le rôle pilote puisse être confié à l'AMO ou à l'AMCB celle-ci devenant, à titre expérimental dans un premier temps, acteur pilote pour certaines catégories d'actes.

Le rapport Chadelat : son contexte

Pour analyser le rapport il faut le replacer dans le contexte qui a présidé à ce travail demandé par le ministre de la santé :

contexte de l'Union Européenne, construite progressivement par nos dirigeants, et qui par les accords de Maastricht et le pacte de stabilité fait obligation aux états de limiter les déficits des dépenses publiques à la hauteur de 3% du PIB.

- contexte politique d'une volonté de l'état de diminuer les impôts et de baisser les dépenses publiques en particulier celles liées à la protection sociale (retraite, chômage) ; en matière d'assurance maladie de nombreuses déclarations politiques vont depuis un an dans ce sens : celles de Jacques Barrot estimant en novembre 2002 que " la sécurité sociale devait se concentrer sur les maladies les plus graves " à celle du ministre de la santé, prônant une nouvelle gouvernance de l'assurance maladie et déclarant en février 2003 " je suis persuadé, à condition de faire un peu de pédagogie, que les Français sont prêts à accroître leur prise en charge personnelle "

- contexte économique actuel d'une faible croissance du PIB.

- contexte d'une forte pression des acteurs sociaux et économiques :

◆ demandes pressantes du MEDEF de privatiser la Sécurité Sociale : dans " Pour une nouvelle architecture de la Sécurité sociale " en novembre 2001 : le MEDEF préconise l'institution d'un panier de soins pour les soins jugés vitaux qui justifieraient la prise en charge intégrale par une assurance maladie de base ; caisses d'assurance maladie, et organismes complémentaires étant en concurrence pour cette gestion du panier de soins qui se ferait avec un forfait par personne affiliée selon le financement proche de celui de la CMU les soins hors panier étant eux du ressort des complémentaires et totalement à la charge des individus. Ce système permettant à la fois de limiter les dépenses publiques et de développer les assurances privées

◆ pressions du milieu soignant, médical en particulier, pour une augmentation des honoraires et l'instauration d'un espace de liberté tarifaire ceci dans le contexte de relative pénurie de soignants les mettant en situation d'imposer leurs demandes

◆ pressions des organismes complémentaires de type mutualiste qui dans le cadre d'une concurrence accrue sur le marché de la complémentaire refusent d'être des " payeurs aveugles " selon les termes de Jean-Pierre Davant (Président de la Fédération de la Mutualité Française) et réclament un droit de regard sur ce qu'elles remboursent et sur les pratiques des soignants en particulier des médecins.

◆ pressions des milieux financiers internationaux et en particulier des assurances pour qui le marché du soin est un marché considérable qui leur échappe actuellement dans les pays possédant une protection sociale obligatoire et donc non soumise à la concurrence et qu'ils souhaitent investir et rentabiliser à leur profit. C'est le cadre de l'Accord Général des Services au sein de l'OMC qui vise à ce que les états ouvrent progressivement au commerce leurs services publics.

Analyse critique du rapport :

Tout d'abord deux critiques de fond :

- tout au long du rapport les termes soins et santé sont employés indifféremment introduisant une confusion entre le soin qui est le domaine du curatif et la santé qui dépend de bien des facteurs : conditions de vie : logement, alimentation, de travail... et rappeler que les inégalités des citoyens face à l'accès aux soins, que le rapport reconnaît se double d'une profonde inégalité des individus face à la santé qui n'est ici pas mentionnée ; la reconnaissance de cette inégalité, la mise en évidence de ses causes sont pourtant des préalables à la mise en place d'une réelle politique de santé qui ne soit pas une politique de délivrance du soin.
- le rapport se place d'emblée dans la logique libérale de dépenses de soins qu'il estime trop importantes pour pouvoir être prises en charge par un système de couverture collective obligatoire et solidaire

Dans l'analyse plus détaillée :

- il faut se réjouir que le rapport préconise le maintien de la CMU complémentaire qui est un acquis indispensable à défendre car elle comporte gratuité des soins, définition précise des tarifs et des rémunérations des professionnels ; nous allons voir dans la suite de cette analyse à quel point la CMU complémentaire est différente de ce qui nous est proposé dans le rapport avec la Couverture Maladie Généralisée ; il faut noter d'emblée que le terme de généralisé est mensonger car la complémentaire de base restant facultative, il y aura toujours des personnes, même avec les mécanismes d'aide financière prévue au-delà de la CMU, qui ne pourront y avoir accès
- la non-définition des champs de couverture comporte un risque majeur : le " panier de soins " qui sera couvert par l'AMO n'est pas précisé ; il y a fort à craindre que dans le contexte actuel général d'économies des dépenses publiques cette part ne soit progressivement réduite alors que, seule couverture obligatoire, elle sera le filet de sécurité pour tous
- si la notion de cahier des charges défini par les pouvoirs publics pour la part couverte par l'AMCB est une donnée positive, il faut remarquer que son contenu n'est pas précisé non plus : le " contrat standard des mutuelles " qui sert à définir l'addition de l'AMO et de l'AMCB n'existe pas ; il risque là encore d'y avoir report des dépenses sur le 3^e étage du système, c'est à dire celui laissé à la charge des ménages et à leur capacité financière à se payer une complémentaire supplémentaire
- la suppression totale, pour certains risques, de la part prise en charge par l'assurance obligatoire, avec report sur l'AMCB : il y aura dans les domaines ainsi délaissés par l'assurance maladie obligatoire perte complète du monopole du service public et ouverture de ces domaines à la concurrence ce qui signifie que tout financement accordé par l'état à un fournisseur de services devra être également accordé aux autres candidats à la fourniture de services : Mutuelles et Assurances seront sur le même pied d'égalité.
- les questions financières sont largement passées sous silence :
 - ♦ l'aide apportée pour l'achat de l'AMCB sous condition de revenus : le calcul fait dans le rapport prend l'hypothèse d'une aide maximale de 300 E, or le coût brut de la CMU complémentaire a été pour l'année 2002 de 335 E par bénéficiaire. Cette aide sera dégressive à partir du seuil de la CMU (562 E) et il n'y aura aucune aide à la prise de complémentaire au-dessus du plafond (envisagé à 1000 E) or s'il y a transfert des charges de l'AMO vers les complémentaires, celles-ci vont augmenter leur prix ; les experts de l'assurance maladie estiment par ailleurs que 1% d'économie des dépenses d'assurance maladie entraînent 40 % d'augmentation pour les cotisations des mutuelles ;

par ailleurs les compagnies d'assurance ont des marges de rentabilité qui sont de 15 à 35 % du total des primes encaissées

- ◆ l'aide à la prise d'une complémentaire sera financée par l'état donc sur des prélèvements obligatoires (même si par un artifice, le rapport prévoit de la financer en diminuant les avantages fiscaux et les abaissements de charge liés actuellement à la mise en place de complémentaires au niveau des entreprises). Il s'agit là encore d'un transfert de financement public sur du privé.
- ◆ au niveau des gains d'économie qu'une diminution de l'AMO entraînerait : le risque est grand de voir les entreprises demander une diminution de leurs cotisations patronales de sécurité sociale comme il est prévu dans le projet du MEDEF : la réforme se ferait aux bénéfices du patronat et au détriment d'une moins bonne couverture sociale obligatoire.
- ◆ dans le système tel qu'il est prévu, avec le risque de transfert des charges et donc des coûts de l'assurance obligatoire sur la complémentaire il y aura pour les gens une part plus importante du financement qui ne dépendra plus du revenu (comme c'est le cas des cotisations sociales et de la CSG) mais qui, au contraire, dépendra indirectement de l'état de santé puisque le coût de l'AMCB pourra dépendre de l'âge
- ◆ La question des tarifs des professionnels et de leur caractère " opposable " ou non est totalement passée sous silence dans le rapport Chadelat or la liberté tarifaire réclamée par les médecins est incompatible avec bon accès aux soins pour tous .
- ◆ la co- régulation :
- ◆ le rapport compte sur le mécanisme de co-régulation avec les complémentaires pour arriver à une régulation des dépenses de soin : la régulation des dépenses de soin est un vrai problème car on ne peut nier qu'elle est à l'heure actuelle en secteur libéral ambulatoire quasi inexistante mais l'état se défait ainsi sur les complémentaires d'un rôle qu'il n'a sous aucun gouvernement jamais su et pu faire jouer à l'assurance maladie
- ◆ ceci aurait pour conséquences l'organisation de filières de soins : avec la question de l'agrément des praticiens par des organismes complémentaires dont une part est à but lucratif et qui entre eux seront soumis à la concurrence ; les critères de sélection des praticiens risquent d'être basés sur des critères économiques tels que le faible montant des prescriptions (médicaments, arrêts de travail ...) au détriment des questions de l'accès à des soins de haut niveau pour tous et de la qualité des soins dispensés. Les médecins qui refusent actuellement toute régulation à ce niveau risquent de se trouver confronter à des financeurs beaucoup plus regardants que ne l'est l'Assurance Maladie actuellement
- ◆ Si le " libre choix " théorique du médecin par le malade est aujourd'hui relatif car entre autres il est influencé par le lieu d'habitation et la relative pénurie de l'offre dans certaines régions, les filières définies dans le rapport le remettent en cause à partir de mécanismes financiers : le patient risquant de ne pas voir l'AMCB jouer s'il consulte un praticien non agréé par sa complémentaire et quand il s'agira de complémentaire d'entreprise, il n'aura pas le choix de changer de complémentaire.
- ◆ la connaissance des pathologies des patients par les organismes complémentaires soulevant la question du secret médical et de la non-utilisation des données connues ainsi dans le cadre d'autres contrats assurantiels : prêts...

Conclusion

Le rapport Chadelat pose la question de l'Assurance Maladie dans une logique libérale financière ; certes il y apporte une réponse dans l'immédiat moins abrupte que le projet du

MEDEF car il propose de garder une part de couverture obligatoire non soumise à concurrence et de définir un cahier des charges pour la part complémentaire de base ainsi que des aides au financement de celle-ci pour les plus faibles revenus. La logique est cependant la même et il risque d'aboutir au même résultat car il préconise la mise en place d'un système à trois étages permettant progressivement de dissocier dépenses et remboursements et de faire une plus grande place au marché de la complémentaire que ce soit en terme de financement ou de régulation.

Ce que propose le rapport Chadelat est une voie mais ce n'est pas la seule possible. Avant que l'engagement quasi irréversible dans cette voie ne soit pris avec le vote du parlement à l'automne il est urgent que l'ensemble des citoyens s'engage dans un débat démocratique sur la protection sociale et en particulier sur l'Assurance Maladie.

- souhaitons-nous rester dans la logique libérale préconisée qui diminue les dépenses publiques de l'Assurance Maladie Obligatoire et ne peut à terme qu'aggraver les inégalités d'accès aux soins ?
- ou souhaitons prendre une deuxième voie en nous plaçant d'emblée dans la logique de solidarité qui a présidé à la mise en place de la Sécurité Sociale en 1945 pour au contraire réinventer un système de protection sociale collective, obligatoire et solidaire c'est à dire ne dépendant pas du risque mais du revenu ?

Pour notre part à la Commission Exécutive du Syndicat de la Médecine Générale en tant que soignants et en temps que citoyens, nous nous prononçons clairement pour le choix de cette logique de solidarité où l'Assurance Maladie obligatoire rembourserait les soins à 100% avec des tarifs opposables pour les professionnels

Ce n'est que dans un deuxième temps une fois ces principes établis que la réflexion et le débat doivent se mener :

- comment mettre en place une réelle politique de santé et non plus uniquement de soins ? c'est à dire une politique qui prévienne chaque fois que cela est possible la survenue de la maladie : au niveau des conditions de vie et de travail, au niveau des conditions environnementales...
- sur quels prélèvements doit être établie le financement d'une telle Assurance Maladie solidaire ?
- qui doit la gérer ?
- comment et avec qui mettre en place une réelle politique d'éducation sanitaire permettant que les gens prennent plus facilement en charge leurs problèmes de santé ?
- qui définira l'utilité des soins qui seront remboursés et sur quels critères : en d'autres termes il existe aujourd'hui de fait , à travers les différents niveaux de remboursement un " panier de soins " implicite, la bagarre doit porter sur son contenu et sur les modalités de sa détermination : par quels acteurs , à partir de quels critères , et avec quels débats ?
- dans un tel système quelle pourrait être la place des organismes complémentaires à but non lucratifs tels que les mutuelles et les institutions de prévoyance ? comment la réelle expérience de certaines d'entre elles en matière de prise en charge du soin peut-elle être utilisée ?
- quelle serait l'organisation d'un tel système ? Entre autres il faut poser la question des modalités d'exercice des professionnels et de la nécessité d'un travail en " liaison " qui est bien différent du travail en " filières " tel qu'il est défini dans le rapport: quelle articulation entre médecins généralistes et spécialistes, soins ambulatoires et hôpital , entres médecins et autres professionnels , avec les citoyens ; la réflexion peut s'appuyer là sur les " réseaux " de travail en commun déjà existant. Quel serait le mode de rémunération des professionnels du soin et le niveau de celle-ci ?

Nous avons au Syndicat de la Médecine Générale déjà démarré la réflexion sur les indispensables amélioration des pratiques professionnelles des médecins généralistes dans le cadre d'un système de qualité ayant rang de service public accessible à tous sans discrimination par l'argent. Ces propositions contenues dans un texte en 7 points, nous souhaitons pouvoir en débattre de façon citoyenne.

Nous appelons à la défense de l'assurance maladie, à l'organisation d'un véritable débat citoyen avant le débat parlementaire de l'automne 2003 ; l'indispensable organisation d'élections à la sécurité sociale doit être l'occasion de mener ce débat.