

**Trois contributions de Pierre Volovitch**  
**Membre du Réseau Alerte Inégalités (RAI)**

**1. Trois principes pour asseoir une assurance maladie solidaire.**

projet d'article pour *Pratiques, Les cahiers de la médecine utopique* <<http://www.smg-pratiques.info>>

**2. Le déficit :**

**pourquoi il faut y regarder de plus près, pourquoi le débat ne peut se focaliser sur lui.**

projet d'article pour *Pratiques, Les cahiers de la médecine utopique* <<http://www.smg-pratiques.info>>

**3. L'avenir de l'assurance maladie obligatoire mérite un débat public.**

tribune envoyée au *Monde* au moment de la sortie du rapport CHADELAT, non publiée

## **Trois principes pour asseoir une assurance maladie solidaire**

Le débat sur l'assurance maladie se joue autour de questions nombreuses et assez diverses. Question du financement : qui va payer ? Question de pouvoir : qui doit décider ? l'Etat ou l'assurance maladie ? et quelle place donner aux mutuelles, aux usagers ? Questions d'organisation du système de soins : faut-il, ou non, mettre en place des filières ou toute autre forme d'organisation de l'accès aux soins ? Questions de rémunération : comment et à quel niveau rémunérer les professionnels du soin ? Question de la qualité des soins...

Toutes ces questions, et la liste n'est pas close, sont importantes. La défense d'une assurance maladie solidaire peut-elle cependant, au-delà de la variété des problèmes, au-delà des divergences qui peuvent apparaître sur tel ou tel point, prendre appui sur quelques points forts, sur un « noyau dur » ? Il me semble que oui. Une assurance maladie solidaire a besoin pour exister de s'appuyer sur trois principes : un financement solidaire, l'amélioration du niveau de prise en charge, l'existence de tarifs opposables.

### Un financement solidaire

La Sécurité sociale n'est pas une assurance. Certes comme les assurances elle a pour objectif de protéger contre un risque. Mais elle le fait sur la base d'un financement totalement différent. Le coût de l'assurance est lié au risque assuré. Plus vous représentez un risque important plus votre assurance sera coûteuse. Regrouper les personnes en fonction de leur « classe de risque » est même la fonction principale de l'assureur.

Avec la sécurité sociale on change de monde. Chacun paye en fonction de son revenu sans tenir compte du risque qu'il représente. Ce n'est pas une question de technique assurantielle, c'est une question d'égalité. Les plus pauvres, les plus fragiles, et tout spécialement dans le monde de la santé et des soins, sont ceux qui présentent le risque le plus important. Financer l'assurance maladie en fonction du risque reviendrait donc à faire payer plus cher aux plus pauvres et aux plus fragiles alors que ce sont justement à ceux-là qui auront le plus de mal à payer. La sécurité sociale en faisant reposer son financement sur le revenu et non sur le risque permet à tous d'être assurés.

Mieux, elle permet à tous d'être assurés de la même façon. Car la question n'est pas seulement d'assurer tout le monde, la question est bien d'assurer la même couverture à tout le monde. Les assureurs commerciaux sont capables « d'assurer » tout le monde. Mais ils le font à leur façon : ils font payer moins aux plus pauvres... en leur proposant une couverture de moins bonne qualité. Déjà aujourd'hui la qualité des couvertures complémentaires maladie est très directement liée au niveau de revenu des personnes protégées. Moins bien protégés les catégories sociales les plus modestes n'accèdent pas aux soins de la même façon que les catégories plus aisées. Les plus modestes ont moins recours à la prévention, moins recours aux spécialistes, mais ...plus recours à l'hôpital. Moins bien couverts les plus modestes se soignent moins bien, plus tard, et ont donc recours à des soins plus lourds<sup>1</sup>. Seule la sécurité sociale peut apporter à chacun la même couverture.

Le financement solidaire ne peut évidemment exister que s'il est obligatoire. Car pour que tous soient assurés, pour que chacun puisse bénéficier de la même couverture, l'adhésion au système collectif d'assurance doit être obligatoire.

A l'inverse les couvertures maladie complémentaires ne sont pas obligatoires. Il leur faut donc « attirer le client ». Elles sont dès lors soumises à une très forte pression dans le sens d'une différenciation des risques. La cotisation des personnes âgées peu alors être supérieure à celle des personnes plus jeunes, la cotisation d'une famille nombreuse sera plus élevée que celle d'un couple sans enfants...

L'affirmation du principe d'un financement basé sur le revenu et non sur le risque est importante, elle n'épuise pas la question de la forme concrète de ce financement. Faut-il une cotisation calculée en pourcentage du salaire ? Une CSG, toujours proportionnelle au revenu, mais s'appuyant sur une base plus large ? Un impôt qui introduirait des éléments de progressivité ? Un financement des employeurs qui ne prendrait pas en compte les seules rémunérations mais s'appuierait sur la valeur ajoutée ? Toutes ces questions peuvent-être posées mais la base d'un financement de la sécurité sociale qui ne prend pas en compte le risque ne doit pas être remise en cause.

### L'amélioration du niveau de prise en charge

La sécurité sociale dans le domaine du soin n'a de sens que si les dépenses de soins supportées par les ménages sont effectivement prises en charge. Les évolutions dans ce domaine sont loin d'être toutes positives. Certes de plus en plus de personnes sont prises en charge à 100% au titre des affections de longue durée (ALD), certes la mise en place de la CMU a amélioré le niveau de couverture des personnes les plus pauvres, enfin le développement du « tiers payant », en particulier dans le domaine du médicament, fait disparaître, pour ceux qui peuvent en bénéficier, l'obstacle que représente la nécessité d'avancer les frais. Mais dans l'autre sens les pouvoirs publics prennent régulièrement des mesures de réduction du niveau de prise en charge pour de nombreux médicaments, certains types de soins continuent à être pris en charge de façon clairement insuffisante : les soins

---

<sup>1</sup> Si l'on donne la valeur 100 à la consommation moyenne en médecine de ville les cadres ont une consommation de 112 tandis que les ouvriers non qualifiés ont une consommation de 101. A l'inverse pour la consommation hospitalière pour une consommation moyenne de 100 l'indice de consommation des cadres est de 58 mais celui des ouvriers non qualifiés de 131. Source Etudes et Résultats 182 – DRESS – Ministère des Affaires Sociales.

dentaires ne sont pris en charge qu'à 35% par la sécurité sociale <sup>2</sup>! enfin certains équipements dans des domaines où les besoins se développent, on peut penser aux audio-prothèses, sont très peu pris en charge par la sécurité sociale.

Le niveau de prise en charge des dépenses de soins par le régime obligatoire, celui qui est assis sur un financement solidaire, doit donc être amélioré pour tous.

L'idée à la mode, développée en particulier dans le rapport Chadelat, serait d'améliorer le niveau de prise en charge en combinant l'action de l'assurance maladie obligatoire et l'action des assurances maladies complémentaire. Cette idée a l'apparence du réalisme : « puisqu'aujourd'hui presque tout le monde est couvert par une complémentaire le plus simple et le moins coûteux est d'assurer la couverture complémentaire de la faible part de la population qui n'en profite pas ». Quelle est la consistance réelle de cette idée ?

S'il s'agit d'offrir à tous une couverture identique quel est l'intérêt de faire assurer cette couverture par des organismes différents ? La prise en charge de la couverture commune par l'assurance maladie obligatoire est bien alors la meilleure solution, et on ne voit pas pourquoi le fait de faire assurer cette couverture commune par un seul organisme pourrait avoir le moindre effet négatif sur son coût global.

Il s'agit donc d'autre chose. La prise en charge conjointe des dépenses par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et par les complémentaires (AMC) est un des moyen de découpler les dépenses remboursées par l'AMO et les dépenses réelles. Le niveau de prise en charge de l'AMO peut diminuer sans dommage, nous disent les promoteurs de cette idée, puisque le niveau de prise en charge des AMC peut augmenter<sup>3</sup>. Mais si le niveau de prise en charge des complémentaires augmente les prix de ces couvertures complémentaires vont augmenter eux aussi. Et comme les différentes AMC auront la possibilité de proposer des couvertures différentes à des prix différents les plus fragiles, au plan de la santé, n'auront plus que le choix entre payer plus, quand ils le pourront, ou accepter des couvertures de moins bonne qualité. On devine l'effet de ce genre d'évolution sur les inégalités d'accès aux soins. Le rapport Chadelat qui a prévu l'objection propose une réponse. On va mettre en place une aide à l'achat d'une complémentaire. Ainsi chacun pourra librement choisir sa complémentaire santé. Il manque juste quelques précisions à cette bonne intention. Le montant de l'aide est fixé mais les AMC seront libres de fixer leurs prix, en particulier en le modulant en fonction de l'âge, on ne sait donc rien des dépenses qui resteront à la charge des ménages. Quand la dépense sera trop importante des ménages renonceront à se couvrir, ou s'orienteront vers des couverture de moins bonne qualité. Mais comme les pouvoirs publics auront mis en place une « aide » c'est chacun qui décidera librement de ne pas se couvrir ou de mal se couvrir. C'est beau la liberté.

---

<sup>2</sup> Si les « soins conservateurs » (caries) sont correctement pris en charge ce n'est pas le cas des prothèses. Le niveau de prise en charge affiché ici est la moyenne de ces deux niveaux très différents de prise en charge – cette question est développée ci dessous dans le paragraphe sur l'opposabilité des tarifs

<sup>3</sup> Et si la prise en charge de l'AMO diminue on va pouvoir diminuer les « prélèvement obligatoire ». Car comme nous le rappelle, sans rire, le rapport Chadelat alors que le financement de l'AMO repose sur des « prélèvements obligatoires » le financement des complémentaires ne rentre pas dans le cadre de ces fameux « prélèvements obligatoires ». Mais si l'objectif est bien de faire adhérer tout le monde, et donc de faire payer tout le monde, y compris en ayant recours à des aides fiscales, ou est la différence dans la réalité ? Le formalisme statistique est-il un bon moyen de décrire et comprendre la réalité

C'est la sécurité sociale qui doit prendre en charge l'ensemble des soins nécessaires à la population. Ce n'est pas le cas aujourd'hui. Le niveau de prise en charge des dépenses de soins par la sécurité sociale doit donc être amélioré.

Si vous affirmez cette nécessité d'améliorer la prise en charge des soins par la seule sécurité sociale les partisans d'une prise en charge conjointe des soins par l'assurance maladie obligatoire et par les complémentaires vous opposent un argument qu'ils croient fort. La prise en charge des soins par la sécurité sociale, disent-ils, ferait disparaître les mutuelles.

Il faut répondre à cet argument. Réduire les mutuelles à leur seule fonction de remboursement des prestations n'est pas très valorisant pour les mutuelles. A l'inverse de cette vision réductrice on peut redire que les mutuelles sont, de par leur histoire, des regroupements d'hommes et des femmes qui entendaient agir ensemble, de façon solidaire, sur les questions de santé. A ce titre elles sont, ou pourraient être, des structures démocratiques de débat collectif sur les questions de santé et elles sont gestionnaires de structures de soins souvent innovantes<sup>4</sup>. Pour ces deux raisons (débat démocratique et gestion de structure de soins) les mutuelles ont sans doute toute leur place dans le futur d'une assurance maladie où les soins seraient financièrement pris en charge par la sécurité sociale.

Au-delà de cette exigence forte des débats importants nous attendent. Qui doit définir les soins qui doivent être pris en charge ? Quelle place ici pour les professionnels et quelle place pour les pouvoirs publics ? Quelle place ici pour les syndicats, pour les mutuelles, mais aussi pour les associations d'usagers ? Faut-il refuser d'entrer dans une logique de définition d'une « panier de soins » parce que l'on peut craindre que toute définition d'un « panier de soins » soit nécessairement restrictive ? Faut-il au contraire penser que la définition d'un « panier de soins » explicite, débattu collectivement, est préférable à l'actuelle définition, de fait, d'un « panier de soins » implicite qui existe bien, certains soins sont pris en charge alors que d'autres ne le sont pas ou très peu, mais sans être jamais débattu nulle part

### L'existence de tarifs opposables

La prise en charge des dépenses de soins par l'assurance maladie n'a de sens que si les tarifs qu'elle affiche correspondent à la réalité des tarifs appliqués par les professionnels. Il faut donc tout à la fois que les tarifs de la sécurité sociale assurent une rémunération correcte aux professionnels et que les professionnels respectent ces tarifs. On dit que les tarifs de la sécurité sociale sont « opposables » quand ils s'imposent aux professionnels.

Chacun connaît le mauvais exemple des soins dentaires. Dans le domaine dentaire il y a deux types de soins. Les soins conservateurs (les soins sur les caries par exemple) et les prothèses. Les tarifs des soins conservateurs ne permettent pas une rémunération correcte des professionnels. Les dentistes ont cependant accepté leur opposabilité « en échange », c'est un échange de fait qui n'a jamais été officiellement débattu, d'une liberté de tarifs sur les prothèses. Résultat : les prix réellement pratiqués dans le domaine des prothèses n'ont rien à voir avec les tarifs de la sécurité sociale. Les prothèses sont très mal remboursées par la sécurité sociale ce qui conduit à des inégalités fortes dans ce domaine.

---

<sup>4</sup> On peut noter que dans la Résolution (page 34) de son dernier congrès la FNMF donne deux bases à la légitimité des mutuelles. « La représentation des assurés... les sociétés de personnes... fonctionnent sur un mode démocratique » ; « La non lucrativité »

En acceptant, dans le cadre de la convention de 1980, que certains médecins restent conventionnés tout en pratiquant librement des tarifs supérieurs à ceux affichés (ce sont les médecins dits de secteur II) l'assurance maladie a laissé se créer un précédent très dangereux<sup>5</sup>.

Les généralistes qui, au printemps 2002, ont facturé, de façon sauvage, leur consultation à 20€ et les spécialistes qui revendiquent aujourd'hui, eux aussi sous la forme d'augmentation sauvage des honoraires, une « liberté tarifaire » agissent, consciemment ou non, contre une protection sociale solidaire.

Dans le cadre d'une sécurité sociale solidaire les tarifs que définit cette sécurité sociale doivent correspondre effectivement aux prix pratiqués par les professionnels. Dans le cas contraire elle est gravement en danger. Cette affirmation ne réduit en rien la possibilité pour les professionnels du soin d'agir pour obtenir d'autres tarifs. Elle revient simplement à affirmer que les professionnels ne peuvent obtenir cette hausse de tarifs dans le cadre du « colloque singulier » avec leur malade, cadre dans lequel le rapport de force est à l'évidence totalement déséquilibré. L'impératif d'avoir des tarifs opposables laisse cependant entières d'autres questions très importantes. Comment les professionnels du soin doivent-ils être rémunérés ? A quel niveau ? Quels écarts peuvent, ou doivent, exister entre différentes formes d'exercice : hôpital et ambulatoire, entre différentes catégories professionnelles : médecins, infirmières, pharmaciens, dentistes...

Sans financement solidaire, sans un haut niveau de prise en charge des dépenses et sans tarifs opposables il n'y a pas d'assurance maladie. Toute proposition de réforme devrait donc être examinée sous l'angle de ces trois principes. S'ils ne sont pas respectés elle est à rejeter absolument. S'ils sont respectés on peut aller vers d'autres débats, et on a vu qu'ils étaient nombreux.

---

<sup>5</sup> Alors que les médecins en secteur II ne représentaient que 7% de l'ensemble des libéraux en 1980, ils en représentaient 26% en 1990. Depuis leur nombre avait légèrement régressé pour s'établir autour de 24%.

## **LE DEFICIT.**

### **Pourquoi il faut y regarder de plus près.**

### **Pourquoi le débat ne peut se focaliser sur lui.**

Le déficit de la CNAM pour 2002 devrait être de – 6.1 milliards d'€ Il succède à des déficits de – 1.6 milliards d'€ en 2000 et - 2.1 milliards d'€ en 2001. Le déficit prévisionnel pour 2003 est affiché à – 9.7 milliards<sup>6</sup>. Partir du déficit est-il le bon point de départ pour se poser la question de l'assurance maladie ? Deux remarques doivent être faites ici.

\* Un déficit n'a pas de sens en lui-même. Il faut le comparer à l'ensemble des ressources de la CNAM. Le calcul fait alors apparaître que le déficit pour 2002 représente 5.5% de l'ensemble des ressources de la CNAM, après en avoir représenté 1.6% en 2000 et 1.9% en 2001 et que le déficit prévisionnel pour 2003 représenterait 8.4% des ressources. Il apparaît alors que les déficits de l'assurance maladie sont, en proportion des ressources, beaucoup moins importants que ceux enregistrés pour le budget de l'état<sup>7</sup> : les déficits d'exécution<sup>8</sup> des budgets de 2001 et 2002 ont affiché des déficits représentant respectivement 13.7% et 21.7% des recettes budgétaires. Le budget 2003 a été voté en affichant un déficit prévisionnel, sans doute optimiste, représentant près de 20% des recettes.

\* Un déficit n'est qu'un solde qui résulte de l'évolution différenciée des recettes et des dépenses. Le déficit en lui-même n'apprend donc rien si on ne rend pas compte des évolutions des recettes et dépenses dont il est le résultat.

Le déficit de la CNAM est le résultat d'une accélération des dépenses et d'un ralentissement des recettes.

De 2001 à 2002 les dépenses totales de la CNAM ont progressé de 5.6%, en particulier sous l'effet d'une progression des prestations (remboursements des dépenses de soins) de +7.3%.

Sur la même période les recettes totales de la CNAM n'ont progressé que de +2.8% entre 2001 et 2002 alors qu'elles avaient progressé de +6.6% entre 2000 et 2001. Ce ralentissement est le résultat combiné d'un net ralentissement de l'évolution des cotisations sociales : +2.1% entre 2001 et 2002 alors que les recettes issues des cotisations sociales avaient progressé de +6.2% entre 2000 et 2001, d'un ralentissement encore plus net des recettes issues de la CSG : seulement +1.3% entre 2001 et 2002, et d'un recul des recettes issues des impôts et taxes affectés.

Il faut donc, pour comprendre quelque chose au déficit examiner de plus près les évolutions qui touchent les recettes d'une part et les dépenses d'autre part.

---

<sup>6</sup> Commission des comptes de la sécurité sociale – mai 2003.

<sup>7</sup> Si l'on veut tenter d'expliquer les différences « d'émotion » provoquées par les déficits dans le domaine de la protection sociale et par les déficits budgétaires il faut se souvenir que le budget de l'Etat est régulièrement voté avec un déficit, qui apparaît comme une grandeur « voulue », « maîtrisée », alors qu'il n'y a pas, pendant longtemps eu de « budget » pour la sécurité sociale, l'ONDAM n'est voté par le parlement que depuis 1996, et qu'au contraire de l'Etat la Sécu est censée fonctionner en équilibre.

<sup>8</sup> Quand on vote le budget de l'Etat on vote un déficit prévisionnel, souvent optimiste. Et puis l'année étant écoulée on enregistre le déficit d'exécution. L'écart entre le déficit prévisionnel et le déficit d'exécution peut-être important. En 2002 le budget avait été voté avec un déficit prévisionnel de 30.5 milliards d'€. Une fois le budget exécuté le déficit réel était de 49.3 milliards.

Evolution des dépenses et des recettes de la CNAM – 2000 / 2003

|                                 | 2000  | 2001   | 2002   | 2003   |
|---------------------------------|-------|--------|--------|--------|
| Prestations                     |       |        |        |        |
| En milliards d'€                | 89.5  | 94.9   | 101.8  | 108.5  |
| Part dans le total des dépenses | 86.2% | 85.5%  | 86.8%  | 87.2%  |
| Progression sur un an           |       | +6.1%  | +7.3%  | +6.6%  |
| TOTAL des dépenses              |       |        |        |        |
| En milliards d'€                | 103.9 | 111.0  | 117.3  | 124.3  |
| Progression sur un an           |       | +6.9%  | +5.6%  | +6.0%  |
| Cotisations sociales            |       |        |        |        |
| En milliards d'€                | 52.0  | 55.2   | 56.3   | 58.1   |
| Part dans le total des recettes | 50.9% | 50.7%  | 50.7%  | 50.7%  |
| Progression sur un an           |       | +6.2%  | +2.1%  | +3.2%  |
| CSG                             |       |        |        |        |
| En milliards d'€                | 33.9  | 37.5   | 38.0   | 38.7   |
| Part dans le total des recettes | 33.2% | 34,4%  | 34,2%  | 33.8%  |
| Progression sur un an           |       | +10.6% | +1.3%  | +1.9%  |
| Impôts et taxes affectés        |       |        |        |        |
| En milliards d'€                | 3.9   | 2.1    | 1.8    | 2.3    |
| Part dans le total des recettes | 3.8%  | 2.0%   | 1.6%   | 2.0%   |
| Progression sur un an           |       | -44.3% | -15.4% | +27.8% |
| TOTAL des recettes              |       |        |        |        |
| En milliards d'€                | 102.2 | 109.0  | 111.2  | 114.7  |
| Progression sur un an           |       | +6.6%  | +2.8%  | +3.1%  |

Sources : Commission des Comptes de la sécurité sociale – mai 2003

Des recettes qui ralentissent sous l'effet de la dégradation de l'emploi.

Le rythme de progression des recettes est fortement ralenti entre 2001 et 2002. Ce ralentissement est le résultat direct de la dégradation de l'emploi. Sous l'effet de la remontée du chômage le nombre de cotisants diminue et les salaires, base des cotisations et de la part majoritaire de la CSG qui repose sur les revenus d'activité, progressent moins rapidement.

Alors que l'évolution de la masse salariale avait été supérieure à +6% en 2000 et 2001, elle est à peine supérieure à + 3% en 2002 et sera sans doute encore inférieure en 2003.

Une évolution de la masse salariale ralentie cela veut dire une moindre progression des cotisations sociales et de la part de la CSG payée par les salariés<sup>9</sup>. Si on ajoute que la chute de la bourse a entraîné une chute de la part des recettes de la CSG reposant sur les revenus du capital on a les principaux éléments expliquant le ralentissement des recettes entre 2001 et 2002.

<sup>9</sup> Les auteurs du rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale mesurent « qu'un accroissement ou une baisse de 0,1 point de la masse salariale conduit à une variation de plus de 150 millions d'€ de l'ensemble cotisations et CSG pour le régime général et le fonds de solidarité vieillesse (FSV) ».

Mais au-delà de cette explication centrale de l'évolution des recettes il faut revenir sur la construction même des recettes de la CNAM en particulier et de la Sécurité sociale en général. La crédibilité des recettes affichées pour la sécurité sociale souffre au moins de deux faiblesses : la question des exonérations de cotisations sociales, la question de l'affectation des impôts et taxes affectés à la sécurité sociale<sup>10</sup>.

Les exonérations de cotisations. Au prétexte d'agir pour l'emploi, les pouvoirs publics ont multiplié les exonérations de charges en faveur des employeurs. Il existe aujourd'hui 36 mesures d'exonération des charges au titre de l'emploi. Certaines sont anciennes et en voie de disparition, d'autres sont nouvelles. « Le montant des cotisations exonérées a été multiplié par six entre 1993 et 2002, passant d'environ 3 milliards d'€ à près de 19,5 milliards pour l'ensemble du régime général<sup>11</sup> .../... En 2002, les exonérations de cotisations patronales de sécurité sociale représentent environ 20% de l'ensemble des cotisations patronales de sécurité sociale des actifs, alors qu'en 1993, ce pourcentage ne dépassait pas 4% »<sup>12</sup>.

Cette politique d'exonération est totalement discutable quant à ces effets sur l'emploi. Si coté recettes de la Sécurité sociale elle est un facteur incontestable d'obscurcissement des comptes il est peut-être illusoire de vouloir y trouver une solution au manque de recettes. En effet depuis 1994 toute mesure d'exonération de cotisations de sécurité sociale doit être compensée par le budget de l'Etat à la sécurité sociale. Depuis 1999 cette mission de compensation repose principalement, mais pas exclusivement, sur le FOREC. Seules les mesures d'exonérations antérieures à 1994, qui sont toujours en vigueur aujourd'hui, ne font donc pas l'objet d'une compensation financière à la sécurité sociale.

D'après la Commission des Comptes de la Sécurité sociale, « en 2002 les trois-quarts des exonérations étaient prises en charge par le FOREC, et 14% environ par l'Etat directement. Seules 12% des exonérations de cotisations de sécurité sociale de l'année 2002 ne faisaient pas l'objet d'une compensation financière à la sécurité sociale ».

6.1 milliards de déficit en 2002 pour la seule CNAM, 19 milliards d'exonérations de cotisations la même année pour l'ensemble de la protection sociale, il est évidemment tentant de résoudre le problème du déficit en proposant de supprimer l'ensemble des dispositifs d'exonération. Cette prise de position n'est pas illégitime, il ne faut pas la transformer en solution miracle. Si les dispositifs d'exonération disparaissent on peut penser que les « compensations » versée par le FOREC et l'Etat disparaîtraient eux aussi. Ce ne sont donc pas l'ensemble des exonérations que la Sécurité sociale récupérerait, mais uniquement celles qui ne sont pas aujourd'hui compensées, évaluées, on l'a vu, à 12% de l'ensemble par la Commission des comptes. Même si on peut discuter les calculs sur la compensation cela veut dire un supplément de recettes de l'ordre de 2 à 3 milliards d'€ Important, mais pas forcément suffisant.

L'affectation des impôts et taxes. Plus de 12 impôts et taxes, très divers dans leurs rendements et leurs assiettes, participent au financement de la protection sociale. Les pouvoirs publics ont

---

<sup>10</sup> D'autres éléments obscurcissent la question des recettes de la Sécur. Si on voulait être complet il faudrait ajouter les débats autour des « transferts » entre régimes de sécurité sociale, la question du recouvrement des créances (les « dettes des employeurs »), le problème des frais financiers supportés par les caisses de Sécu en cas de déficit...

<sup>11</sup> L'ensemble de régime général c'est la CNAM pour la maladie, mais aussi la CNAV pour la vieillesse de base et la CNAF pour les prestations familiales.

<sup>12</sup> Commission des Comptes de la sécurité sociale – mai 2003.



pris la très mauvaise habitude de modifier, en fonction de choix d'équilibrage de tel ou tel compte, les affectations de ces impôts et taxes. Ainsi entre 2001 et 2002 la CNAM a perdu au profit du FOREC<sup>13</sup> le bénéfice d'une taxe portant sur les assurances automobiles (perte de recette de 0.9 milliards d'€ pour la CNAM) tandis qu'elle récupérait, cette fois encore avec le FOREC mais dans un circuit financier inversé, une part plus importante des droits sur les tabacs ( gain de 0.55 milliards d'€ pour la CNAM). Ce genre de manipulations est permanent dans le champ du financement de la protection sociale. Au-delà de ces aspects parfois anecdotiques c'est surtout un obstacle important à un réel débat public sur les recettes de la protection sociale.

C'est d'abord l'évolution de l'emploi qui pèse sur les recettes de la Sécurité sociale en général et de l'assurance maladie en particulier. Au-delà, la fluctuation des règles en matière de financement nuit à la qualité du débat public. Il faut donc, à ce titre, remettre en cause les modalités actuelles du financement (exonération de charges, affectations de taxes). Mais le déficit de l'assurance maladie n'est pas uniquement une question de recettes, c'est aussi une question de dépenses.

Des dépenses qui augmentent rapidement sans que l'on puisse affirmer que cette augmentation conduise à une meilleure satisfaction des besoins de soins.

Depuis 1996 l'ONDAM voté par le parlement a régulièrement été dépassé. On peut s'en réjouir car cela prouve que les bases même du calcul de l'ONDAM n'avaient guère de sens. Mais, parce que les dépenses de soins intégrées à l'ONDAM sont des dépenses socialisées dont l'objectif devrait être de permettre à tous d'accéder aux soins, il faut aussi essayer de comprendre le pourquoi de cette progression.

Evolution des dépenses dans le champ de l'ONDAM entre 2001 et 2002.

Part des différents domaines de la dépense dans l'évolution d'ensemble.

|  | Evolution entre 2001 et 2002 | Contribution à la croissance des dépenses |
|--|------------------------------|---|
| Soins de ville                               | +7.9                         | 51.3%                                     |
| Dont Honoraires                              | +7.5                         | 21.7%                                     |
| Dont Médicaments, IJ et dispositifs médicaux | +8.5                         | 29.6%                                     |
| Etablissement                                | +6.3                         | 45.3%                                     |
| Dont établissement sous Dotation globale     | +6.4                         | 33.8%                                     |
| Cliniques privées                            | +7.5                         | 6.4%                                      |
| Etablissements médico-sociaux                | +9.0                         | 8.8%                                      |

Entre 2001 et 2002 les soins de ville et les établissements se partagent, presque moitié/moitié la contribution dans la croissance des dépenses.

A l'intérieur des soins de ville les honoraires contribuent pour près de la moitié (21.7 sur 51.3) à l'évolution de la dépense. Et pour continuer sur ce partage moitié/moitié il est intéressant de constater que les dépenses supplémentaires d'honoraires relèvent pour une petite moitié des revalorisations tarifaires intervenues en 2002 et pour une moitié, un peu plus forte, de l'évolution en volume (nombre d'actes).

<sup>13</sup> On voit donc que la question des affectations de taxes est liée à celle des exonérations.

L'ensemble des autres dépenses liées aux soins de ville (médicaments, indemnités journalières, dispositifs médicaux...) continue de croître rapidement malgré un léger ralentissement de l'évolution des dépenses de médicaments : baisses de prix et montée en charge des génériques<sup>14</sup>.

Pour les établissements hospitalier ce sont les établissements sous dotation globale<sup>15</sup> qui sont à l'origine de la plus grande part de la croissance des dépenses. Cette part plus importante est directement lié à la part prééminente que ces établissements ont dans le secteur de l'hospitalisation. Une moitié de cette progression est liée à la mise en place des 35 heures.

Entre 2001 et 2002 les Français ont collectivement affecté près de 7 milliards d'€ supplémentaires à la prise en charge des soins. Si cette dépense à été affectée en fonction des besoins et avec l'objectif des réduire les inégalités c'est une excellente nouvelle. Si elle a été affectée en fonction des rapports de force des différents groupes de professionnels et d'industriels agissant sur le marché de la santé c'est une moins bonne nouvelle. La question centrale posée par les dépenses de santé est bien la suivante : a quoi sont utilisées les sommes que la collectivité affecte au système de soins ? Et les comptes ne répondent pas à cette question. C'est pourquoi, s'il peut être utile de comprendre la pourquoi du déficit de l'assurance maladie, ce n'est sans doute pas en se focalisant sur lui que l'on avancera dans le sens d'une assurance maladie efficace et solidaire.

---

<sup>14</sup> « Au cours de l'année 2002, la vente de médicaments génériques a fortement augmenté. La part des génériques dans le répertoire des médicaments pour lesquels il existe au moins un générique est passée de 35 % en nombre de boîtes vendues en début d'année 2002 à près de 50 % en février 2003 ». Cependant « les médicaments génériques ne représentent encore qu'une part limitée du marché des médicaments en France. Sur le total des ventes de médicaments remboursables, le générique représente 10 % des boîtes vendues en officines en février 2003 (contre 8 % en janvier 2002) et seulement 5 % du chiffre d'affaire total de l'industrie pharmaceutique ». Commission des Comptes de la Sécurité sociale – mai 2003 – extraits.

<sup>15</sup> C'est à dire les hôpitaux publics et la plus grande part des hôpitaux privés à but non lucratifs.

## **L'avenir de l'assurance maladie obligatoire mérite un débat public.**

Tribune envoyée au *Monde* au moment de la sortie du rapport CHADELAT, non publiée

Monsieur Jean-François Chadelat a récemment remis au ministre de la santé un rapport qui porte sur « La répartition des interventions entre les assurances maladie obligatoires et complémentaires en matière de dépenses de santé ». Dans ce rapport Jean François Chadelat propose la mise en place d'une Couverture Maladie Généralisée (CMG) puis pose la question de la prise en charge de cette CMG : « La collectivité a reconnu ces dernières années qu'un bon accès aux soins nécessitait une couverture maladie obligatoire, mais également une couverture maladie complémentaire. C'est le constat qui a prévalu lors de la création de la CMU complémentaire. Face à ce constat, deux solutions sont possibles :

- élargir le champ d'intervention de l'assurance maladie obligatoire (AMO) à l'ensemble des prestations aujourd'hui servies par les assurances maladie complémentaires (AMC) et qui sont indispensables à un bon accès aux soins ;
- entériner l'intervention conjointe de l'AMO et des AMC en rationalisant leurs interventions et en organisant leur coopération, sous la garantie de l'Etat. »

Si vous pensiez, comme l'affirmait l'éditorial du Monde du 24 avril, que « la santé des français mérite un débat de fond dans la transparence. » vous vous dites que nous voilà devant un choix qui mérite un débat de fond.

Vous auriez tort, car à peine la question est-elle posée qu'elle disparaît. A peine le rapport Chadelat a-t-il parlé de « deux solutions possibles » qu'il énonce que « la première solution est illusoire », puis quelques lignes plus loin, au cas où vous auriez mal compris, que « la seconde solution paraît donc la seule voie possible. ». Et pour être sûr que le message est bien passé on y revient en conclusion en affirmant qu'« élargir le champ de l'AMO » est une « thèse que personne ne défend. »

Pourrait-on néanmoins tenter de revenir sur cette « thèse que personne ne défend » ? Il y a, et le rapport Chadelat le rappelle à juste raison, un accord large sur le fait que la couverture de l'assurance maladie obligatoire qui prend en charge 91% des dépenses hospitalières, mais 71% des honoraires médicaux, 63% des dépenses de médicaments et moins de 36% des dépenses dentaires, n'est pas suffisante pour assurer un réel accès aux soins pour tous. Sur la base de ce constat des esprits simples pourraient penser que si la couverture apportée par l'assurance maladie obligatoire n'est pas assez protectrice la solution est d'augmenter le niveau de cette couverture. On voit bien au manque de finesse de cette réponse qu'il s'agit d'esprits simples. Les gens qui raisonnent vraiment le savent, la « seule voie possible » c'est d'ajouter à l'AMO une AMC pour tous.

C'est ce que l'on a fait lors de la mise en place de la CMU. Tous les bénéficiaires disposent gratuitement d'une couverture complémentaire dont le périmètre est défini par l'Etat. Cette couverture impose aux professionnels un mode de paiement (le tiers payant intégral) et des tarifs (en particulier dans le domaine du dentaire et de l'optique). Dans la loi CMU les bénéficiaires allaient « choisir » l'organisme complémentaire qui allait leur assurer cette couverture complémentaire uniforme. Dans les faits plus de 85% des bénéficiaires de la CMU n'ont pas fait le choix d'un organisme complémentaire et bénéficient d'une couverture complémentaire gérée par l'assurance maladie de base. Ils ne sont certainement « personne »

mais ils ont très massivement choisi la « solution illusoire », celle d'une couverture étendue assurée par la seule assurance maladie obligatoire.

La couverture complémentaire proposée par le rapport Chadelat dans le cadre de la CMG est assez différente de la couverture complémentaire CMU. Le périmètre de la couverture est toujours défini par l'Etat mais elle n'est pas gratuite et elle n'impose plus de tarifs aux professionnels. Pour que chacun puisse être couvert par une assurance complémentaire, une aide à l'achat d'une couverture complémentaire est mise en place pour les personnes dont les revenus sont supérieurs au seuil de la CMU mais inférieurs à un second seuil qui pourrait être le SMIC. Assez différente elle comporte des zones d'ombres qui peuvent être inquiétantes. Le périmètre des soins couverts par la CMG n'est pas précisé. Les parts respectives de l'AMO et des AMC dans la prise en charge de la CMG ne sont pas non plus précisées. Ce flou fait craindre que l'architecture proposée ne serve d'habillage à une diminution de couverture de l'AMO qui conduirait à un transfert de charges sur l'AMC. La toute récente décision du ministère de la santé de profiter du congé de Paques pour décider du déremboursement de 617 médicaments ne peut que crédibiliser cette crainte. Enfin si le niveau de l'aide est défini, les tarifs des complémentaires et ceux des professionnels demeureront libres, ce qui fait que l'on ne sait rien de précis sur les dépenses qui demeureront à la charge des personnes...

Car nous sommes devant un dilemme dont on aimerait que les partisans de la « seule voie possible » nous donnent la solution. Ou bien la complémentaire est précisément définie, dans son périmètre et son coût, et dès lors il n'y a pas de risques d'inégalités, mais on ne voit pas pourquoi on devrait choisir telle complémentaire plutôt que telle autre et la multiplicité des acteurs est inutile. C'est le cas de la CMU complémentaire. Ou bien la complémentaire n'est pas précisément définie, ni dans son périmètre ni dans son coût, et alors il y a réellement une possibilité de choix... et un risque important de développement des inégalités.

Le débat entre les deux solutions - élargir le champ de l'assurance obligatoire ou entériner l'intervention conjointe de l'assurance maladie obligatoire et des assurances maladies complémentaires - doit avoir lieu.

Pour repousser ce débat, le rapport Chadelat avance deux arguments : « élargir le champ des AMO [conduirait à] une augmentation des prélèvements obligatoires [et] reviendrait de fait à supprimer les assurances maladie complémentaires ». que penser de ces deux arguments ?

\* « Augmenter les prélèvements obligatoires ». Si l'objectif est bien de faire que tous les Français bénéficient d'une couverture complémentaire qui, coordonnée avec la couverture maladie obligatoire, prenne en charge un « panier de soins » prédéfini, par quel miracle la somme des cotisations obligatoires et complémentaires serait-elle d'un niveau moindre que la cotisation d'une assurance maladie obligatoire élargie, qui couvrirait le même « panier de soins » ? Personne ne le prétend mais l'astuce est ailleurs. En faisant cotiser tout le monde à un système de couverture complémentaire facultatif on ne fait pas rentrer cette cotisation dans la catégorie désormais infâme des « prélèvements obligatoires ». Tout le monde le paye, on aide à ce que tout le monde le paye, mais ce n'est pas obligatoire. Qui prétend tromper qui, ou se tromper soi-même, avec ce genre d'habillage formel de la réalité ?

« Supprimer les assurances maladies complémentaires ». Au sein des assurances maladies complémentaires il est nécessaire de distinguer le mouvement mutualiste et les assurances commerciales. Si l'on veut maintenir une couverture sociale solidaire la disparition des assurances commerciales apparaît comme assez logique. L'avenir de la mutualité, qui est

aujourd'hui, et de très loin, la principale forme de couverture maladie complémentaire, est une question plus intéressante. Les divers organismes regroupés dans la mutualité ont aujourd'hui deux fonctions. Organismes gestionnaires de prestations ils encaissent des cotisations et versent des prestations. Associations elles rassemblent des hommes et des femmes qui ont choisi, sur la base d'un engagement militant, de s'intéresser aux questions de santé et de prendre en charge la gestion d'équipement de santé souvent novateurs. Laquelle de ces deux fonctions faut-il avant tout protéger ? Une assurance maladie obligatoire élargie supprimerait la fonction de collecte de cotisation et de distribution de prestations. On notera que l'informatique se charge déjà de la suppression des emplois liés à ces fonctions. Dans le cadre d'une coopération de l'AMO et des AMC dans la gestion de la CMG, ce que la mutualité gagne en participant à la politique de régulation des dépenses au niveau national n'a-t-il pas comme contrepartie une perte d'autonomie des structures locales ? N'y a-t-il pas alors un risque de « supprimer les assurances maladies complémentaires », non dans leur fonction gestionnaire mais dans leur fonction de lieux de débat public, démocratique, sur les questions de santé, débat indispensable à une régulation efficace des dépenses de santé ? Quelle règle oblige à faire que la mise en place d'une assurance maladie élargie conduise à se passer du réservoir de compétence que représentent les hommes et les femmes du mouvement mutualiste ?

La question du choix entre une AMO élargie et une action conjointe de l'AMO et des AMC est une vraie question qui ne peut être écartée par des arguments d'autorité sur le « caractère illusoire » d'une des deux solutions ou par l'affirmation que « personne » ne la propose. Elle doit faire l'objet d'un débat de fond.