

# Dossier Réforme de la Sécu

Pierre Volovitch

*Alternatives économiques* n°224, avril 2004



## 1. Quatre raisons de réformer la Sécu

Le gouvernement devrait rendre public ce mois-ci un « document d'orientation » présentant ses projets de réforme de l'assurance maladie, avant d'élaborer les textes législatifs nécessaires, via la procédure des ordonnances, à la fin du printemps. Confronté à un déficit important – près de trente milliards d'euros sur trois ans – il a adopté depuis deux ans un ensemble de mesures qui concourent toutes à faire plus payer les patients et moins l'assurance-maladie, au risque d'accentuer les inégalités dans l'accès aux soins. Pourtant, une vraie réforme du système de santé, ne peut se limiter à agir sur le volet remboursement. C'est l'organisation même du système de soins qu'il faut transformer. Au-delà, il faudrait aussi agir sur les conditions de vie et de travail et réformer le mode de gouvernance du système, pour le rendre plus efficace et plus démocratique.

Le système d'assurance maladie, mis en place en 1945 dans le cadre de la Sécurité sociale, n'est pas un système d'assurance classique, c'est un système d'assurance *sociale*. Le financement demandé à chacun est lié à son revenu et non au risque qu'il représente. Les cotisations sociales et la CSG représentent ainsi plus de 85 % des recettes de l'assurance maladie et ne prennent en compte ni l'âge de la personne, ni le nombre de personnes couvertes dans le ménage de l'assuré social. On a donc là un mode de financement radicalement différent de celui pratiqué par les assurances commerciales. Les tarifs de ces dernières sont en effet calculés en fonction du risque propre à chaque assuré selon son état de santé et son âge. Coté prestations, l'assurance-maladie offre à chaque assuré une prise en charge de ses besoins de santé en fonction de ses besoins et non, en fonction des cotisations qu'il a versé. Avancée sociale majeure, la « Sécu » a permis de rompre le lien entre la maladie et la misère.

Ce système a cependant besoin d'une profonde réforme : le financement de la demande se fait sans que l'offre ne soit organisée ; la prise en charge n'est que partielle ; centrée sur le soin, elle laisse largement à l'abandon les questions de santé ; une profonde crise de la prise de décision renforce les impacts négatifs de ces trois problèmes.

### Une offre de soins inorganisée

Si les dépenses de soins sont en grande partie prises en charge de manière collective, l'offre, pour sa part, demeure très largement privée. Les soins de ville (médecins, infirmières, kinés...) sont très largement assurés par des professionnels dits « libéraux », en ce sens qu'ils exercent de manière indépendante. La production comme la distribution du médicament relève d'entreprises privées. Une partie notable de l'hospitalisation est assurée par des établissements privés. L'hôpital public est la seule partie du système de soins qui relève du secteur public.

On se tromperait en en déduisant que la collectivité n'intervient pas : l'Etat fixe le nombre de postes de médecins recrutés chaque année, via la sélection à l'entrée des études. Il négocie avec les labos le prix des médicaments, il gère directement l'hôpital. Quant aux Caisses d'assurance-maladie, qui gèrent au jour le jour l'assurance maladie, elles sont censées négocier avec les

professionnels libéraux des « conventions » par lesquels ces derniers s'engagent à respecter des tarifs liés aux sommes prises en charge par l'assurance-maladie.

Il y a donc des « bouts » de régulation, mais aucun pilotage d'ensemble. Comme les médecins peuvent s'installer librement, le nombre de médecins par habitant varie de 1 à 4 pour les spécialistes et de 1 à 2 pour les généralistes entre le département le moins bien doté et le département le mieux doté ! Et les écarts de revenus s'expliquent plus aisément par les rapports de force que par la réalité du service rendu : En 2000, le revenu annuel moyen d'un radiologue était de 170 384 € alors que celui d'un psychiatre était de 47 776 € et celui d'un généraliste de 52 063 €<sup>2</sup>. Une question qui n'a rien d'anecdotique dans un secteur où 70 % de la dépense sert à alimenter directement les revenus des professionnels. A cela s'ajoute la très faible coordination entre les différents acteurs de la médecine de ville et entre les soins de ville et les soins hospitaliers. Elle est à la fois facteur de coûts (redondance des examens, etc.), et de moindre qualité des soins (absence de confrontation des diagnostics, absence de suivi).

Ce désordre de l'offre, et l'absence d'évaluation qui l'accompagne, fait que nul ne peut dire avec certitude que la croissance continue des dépenses s'accompagne de progrès réels dans la qualité des soins dispensés à la population. Dans l'absolu, dépenser plus pour les soins de santé, et le faire de façon solidaire, est une bonne façon d'utiliser la richesse nationale. C'est en outre une dépense riche en emploi (le secteur occupe aujourd'hui 12 % de la population active). Mais dans la mesure où ces dépenses sont financées par la collectivité, et entrent en concurrence avec d'autres dépenses collectives – éducation, recherche, sécurité, retraites, solidarité - il semble logique que cette même collectivité soit à même de veiller à ce que les dépenses soient engagées là où elles sont le plus nécessaires. Ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

Dans ce contexte, une vraie réforme ne peut consister uniquement à jouer de mesures uniquement financières mais devrait faire évoluer le système de soins en agissant en particulier sur les règles d'installation des professionnels, sur le suivi de la circulation des patients, sur les modes de rémunération des professionnels (paiement à l'acte ou forfaitaire), sur l'organisation de la complémentarité ville/hôpital...

### **Une prise en charge inégale**

La prise en charge de la demande – la solvabilisation, dans le jargon des économistes, demeure aujourd'hui partielle. Nous sommes très loin d'une logique de « tout gratuit ». Certes, en moyenne, l'assurance-maladie de base prend en charge plus des trois quarts de la dépense, mais cette proportion est très variable selon le type de soins : le taux de prise en charge atteint 93 % pour les dépenses en hôpital public, mais il n'est plus que de 70 % pour les consultations de médecins, 64 % pour la pharmacie et tombe à 34 % pour les soins dentaires. (voir tableau 1). Enfin, le patient doit souvent faire l'avance des frais, ce qui constitue une difficulté supplémentaire pour les petits revenus<sup>3</sup>.

Le non-remboursement de certaines dépenses par l'assurance-maladie de base renvoie à différentes logiques. Il y a tout d'abord une volonté de limiter la demande en obligeant les patients à payer une partie des dépenses. C'est le principe du « ticket modérateur », censé

---

<sup>1</sup> Données extraites de l'article de Philippe ULMANN : « la crise des professions de santé a-t-elle une origine économique » in l'ouvrage collectif « La crise des professions de santé » - coord. Jean de Kervasdoué. Dunod, 2003.

<sup>2</sup> Les écarts de salaires entre médecins hospitaliers pour être moins importants n'en sont pas moins notables. Des données malheureusement anciennes (1994) font apparaître que les anesthésistes gagnent 12 % de moins que la moyenne des médecins hospitalier et les cardiologues, 31,4% de plus – Les écarts de revenu entre les médecins salariés à l'hôpital – Etudes et Résultats n°28, août 1999 – DREEES.

<sup>3</sup> La pratique du « tiers payant » - système dans lequel le patient ne paye que ce qui ne sera pas remboursé au final par l'assurance maladie - est très différente suivant les types de soins et s'étage de 95 % pour les transports sanitaires à 14 % pour les consultations de médecins spécialistes. Cette procédure reste facultative, même si la carte vitale a permis de la développer pour le médicament.

« modérer » la consommation, d'où son nom. En fait, il modère surtout la consommation des plus modestes, il s'agit donc plutôt d'un « ticket d'exclusion ». D'autres prestations sont très mal prises en charge par l'assurance-maladie, parce qu'elles étaient un temps considérées comme superflues : c'est le cas des prothèses dentaires ou des lunettes ou des prothèses auditives, avec là encore, de puissants effets inégalitaires. Par ailleurs, certains professionnels pratiquent des tarifs plus élevés que ceux reconnus par la Sécurité sociale, c'est-à-dire ceux qui servent de base au calcul des remboursements. Les médecins du « secteur II » sont autorisés à demander plus cher, pour autant qu'ils pratiquent ces « dépassements » avec « tact et mesure ». Les remboursements de la Sécu n'ont plus alors qu'un lointain rapport avec les honoraires exigés par les professionnels. Enfin, le « forfait hospitalier » est une somme que l'hôpital vous réclame pour couvrir, en théorie, les frais purement hôteliers de votre séjour à l'hôpital.

**Tableau 1. Qui rembourse quoi ?**

2002 En %	Etat et Collectivités locales	Assurance malade de base	Mutuelles	Institutions de prévoyance	Assurances commerciales	Ménages	Total	Part dans la dépense totale
Hôpitaux publics	1,0	92,9	1,4	0,6	0,5	3,5	100	34,7
Hôpitaux privés	0,5	83,9	6,9	2,3	1,8	4,7	100	8,5
Sous-total : Soins hosp	0,9	91,5	2,4	0,9	0,8	3,6	100	44,9
- Médecins	1,3	70,4	11,9	3,7	4,6	8,0	100	12,4
- Auxiliaires	1,8	79,8	5,7	0,9	2,2	9,6	100	5,5
- Dentistes	0,5	34,3	18,1	9,1	8,1	30,0	100	5,5
Sous-total : soins ambulatoires	1,3	64,0	12,0	4,2	4,8	13,8	100	26,6
Transports de malades	0,5	94,5	2,2	0,2	0,5	2,1	100	1,6
Officines pharmaceutiques	1,2	64,1	11,3	2,6	3,8	17,1	100	21,0
Autres biens médicaux	0,7	44,1	13,9	6,7	4,8	29,8	100	5,9
TOTAL : SOINS ET BIENS MÉDICAUX	1,0	75,7	7,5	2,5	2,7	10,6	100	100,0
En milliards d'€	1,4	103,1	10,2	3,4	3,7	14,5		136,3

Source : Comptes de la Santé 2002 - DREES

Les dépenses non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire sont aujourd'hui en grande partie remboursées par les mutuelles ou par un contrat souscrit auprès d'une compagnie d'assurance privée. Les plus pauvres bénéficient en outre, depuis 2000, de la CMU. Cette logique engendre trois formes d'inégalités. La première oppose ceux qui ont une couverture complémentaire et ceux qui n'en ont pas, soit 8% des ménages ; La seconde concerne le financement : il peut être entièrement à la charge de l'assuré ou en partie pris en charge par l'entreprise, il peut être organisé, au sein d'une entreprise ou d'une profession, via des cotisations proportionnelles aux revenus ou, au contraire, sur une base forfaitaire, il peut enfin, prendre en compte l'âge de l'assuré et la composition du ménage, comme le font les assureurs privés et un nombre croissant de mutuelles, concurrence oblige. La troisième inégalité concerne le niveau de la couverture apportée. Certaines complémentaires maladie offrent un haut niveau de prestations (prise en charge des dépassements d'honoraires, des frais d'optique ou de dentiste, etc...) d'autres couvertures sont pleines de trous. Or, l'accès à une complémentaire – et sa qualité- est, en gros, proportionnel au revenu. Autant dire que ce sont ceux qui en auraient le plus besoin qui n'y ont

pas accès, et renonce bien souvent à se soigner faute de moyens<sup>4</sup>. Toute baisse de la couverture assurée par l'assurance-maladie obligatoire est donc source d'inégalités : inégalités dans le financement, inégalités dans l'accès aux soins.

**Tableau 2. Accès à la complémentaire maladie en 2002.**

Revenu mensuel moyen par UC	< 550 €	550-690 €	690-840 €	840-990 €	990-1300 €	> 1300 €
Bénéficiaire d'une couverture complémentaire (hors CMU)	55.3	71.5	81.7	89.0	91.9	95.5
Couverture complémentaire obtenue par l'intermédiaire de l'entreprise	33.6	37.9	37.4	43.8	50.8	65.2

Source : *Santé, soins et protection sociale en 2002* - CREDES

### L'environnement social oublié

La santé publique était demeurée jusqu'à aujourd'hui la grande oubliée des politiques concernant la santé en France. L'assurance-maladie prend principalement en charge les soins et négligeait encore récemment la prévention. L'enjeu n'est pas seulement de faire des économies mais surtout de réduire les inégalités sociales face à la maladie et à la mort. Ainsi, si, pour toutes les causes de mortalités, et pour toutes les catégories sociales, les taux de décès ont diminué, la surmortalité des ouvriers et employés par rapport aux cadres supérieurs et professions libérales demeure importante. La France est, parmi les pays européens, le pays dans lequel les écarts de durée de vie entre catégories sociales sont les plus importants. Ces écarts résultent d'abord des inégalités dans les conditions de vie et de travail et les inégalités dans l'accès aux soins ne font qu'ajouter une touche supplémentaire : même un système de santé très égalitaire ne peut corriger les inégalités liées à la différence d'exposition aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, où l'inégale tendance à adopter des conduites à risque (tabac, alcool) selon le milieu social. Les inégalités de santé s'étendent évidemment aux enfants en fonction de la catégorie sociale de leurs parents. Pour ne prendre qu'un exemple une récente étude montre ainsi que si l'on observe la prévalence de l'obésité chez les enfants de cadres et les enfants d'ouvriers non qualifiés on observe que l'obésité est 10 fois plus présente chez les enfants d'ouvriers non qualifiés. Une vraie réforme de la Sécu supposerait donc également de resituer les problèmes de santé dans un cadre plus vaste. Les choses bougent de depuis quelques années dans ce domaine autant du côté du gouvernement (création du Haut Comité de Santé Publique, vote récent d'une Loi de santé publique, campagnes sur le tabac, la sécurité routière, Plan cancer) que du côté de l'Assurance maladie (bilan bucco-dentaire gratuit pour les adolescents, campagnes de dépistages du cancer...). Mais on en reste souvent à des campagnes qui visent les individus et les dimensions sociales restent largement ignorées. Ainsi il n'y a rien dans le Plan cancer sur les cancers d'origine professionnels.

<sup>4</sup> Sur le lien entre le revenu et la qualité de la couverture complémentaire voir « accès à la couverture complémentaire maladie en France : une comparaison des niveaux de remboursement » – CREDES - Question d'Economie de la Santé n° 80, février 2004

**Tableau 3. Mortalité des hommes (45-59 ans)**

	Non manuels	Manuels
France	0.76	1.30
Angleterre	0.81	1.18
Espagne	0.84	1.16
Italie	0.89	1.18
Danemark	0.91	1.21

Moyenne nationale = 1

Source : *Les inégalités sociales de santé*, INSERM / La Découverte – page 58 - extraits

**Tableau 4. Surpoids et obésité des adolescents selon la catégorie socioprofessionnelle du père**

Pourcentage d'enfants (en classe de 3 <sup>o</sup> ) en surpoids ou obèse en fonction de la catégorie socioprofessionnelle du père	Surpoids	Obésité
Cadre	10.8	0.7
Artisan, commerçant	14.1	1.4
Agriculteur	16.5	2.6
Professions intermédiaires	15.6	2.6
Employés	15.8	3.5
Ouvriers qualifiés	16.3	4.5
Ouvriers non qualifiés	22.4	7.4

Source : « Surpoids et obésité chez les adolescents scolarisés en classe de troisième », *Etudes et Résultats* n°283, janvier 2004, DREES, Ministère des affaires sociales.

### Un avion sans pilote

Dernier problème, et qui explique largement la non-solution apportée aux questions précédentes : l'assurance-maladie, et plus largement, la politique de santé traversent une vraie crise de la prise de décision. Dans l'idée de ses créateurs l'assurance maladie, intégrée à l'ensemble de la Sécurité sociale, devait être gérée par les représentants des assurés sociaux. Parce qu'ils en étaient les bénéficiaires et les financeurs. Dans le domaine plus spécifique de l'assurance maladie ces représentants des assurés devaient négocier des accords (on dit « conventions » ici) avec les professionnels du soin. Cet édifice, s'il a jamais fonctionné, ne fonctionne plus. Parce que la « Sécu » est devenue universelle : elle bénéficie à tous. Parce que son financement a évolué : tous les revenus payent la CSG. L'Etat en a pris acte en instituant le vote, chaque année depuis 1996, d'une loi de financement de la Sécurité sociale, censée donner des objectifs en matière de dépenses. Le parlement vote ainsi un Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) et donne des indications sur les évolutions à donner à l'offre. Mais les Caisses d'assurance-maladie demeurent officiellement gestionnaires du système, sachant qu'en pratique, l'Etat ne cesse de restreindre leurs pouvoirs réels. Le partage des rôles n'est donc ni stable ni lisible. Quant à la politique conventionnelle, elle a le plus grand mal à exister. D'où ce dernier enjeu majeur pour toute réforme de l'assurance-maladie : quelle nouvelle organisation de la prise de décision va-t-elle être mise en place ?

### **Encadré 1** **Une Sécu peut en cacher une autre**

Le terme « Sécu » est aujourd'hui employé pour parler d'ensembles de prestations très différents. Il est parfois utilisé pour désigner l'ensemble des prestations sociales versées aux ménages pour couvrir l'ensemble des risques sociaux, ce qui s'appelle précisément la protection sociale ( 443 milliards d'€ en 2002). Il peut tout aussi bien désigner les prestations versées aux ménages par le Régime général de la Sécurité sociale ( 204 milliards d'€ en 2002), c'est-à-dire les retraites de base des salariés du privé (que verse la CNAV)), les prestations familiales à l'exclusion de celles financées directement par l'Etat (versées par la CNAF) et les prestations maladie de base des salariés des secteurs privés et publics (versées par la CNAM). Mais le mot Sécu est tout autant employé pour désigner l'ensemble des prestations maladie (remboursements de soins, indemnités journalières, rentes d'invalidité) versées par les régimes de base, CNAM pour les salariés, MSA pour les personnes relevant de l'agriculture, CANAM pour les artisans et commerçants, plus quelques régimes particuliers (Mines, SNCF...). Il recouvre alors le champ de l'assurance maladie obligatoire (130 milliards d'€ en 2002). C'est en ce sens que nous l'avons parfois utilisé dans cet article.

Les remboursements de soins pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, ou de base, (AMO) ont représenté un montant total de 103 milliards d'€ en 2002. Outre l'assurance maladie obligatoire les dépenses de soins sont prises en charge par des assurances maladie complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyances, assurances commerciales) qui proposent sous formes de contrats individuels ou collectifs des couvertures variées à des prix variables. En 2002, les assurances maladie complémentaires (AMC) ont versé pour 17 milliards de prestations. Dans le même temps l'ensemble des personnes résidentes en France ont dépensé 136 milliards d'€ en Consommation de soins et biens médicaux (CSBM). Il est donc resté 15 milliards d'€ de dépense de soins à la charge des ménages.

### **Encadré 2** **Quand la Sécu augmente plus les médecins les moins sérieux (et les plus coûteux)**

Les études de la CNAM montrent clairement que les médecins qui ont le temps de consultation le plus bref sont aussi ceux qui prescrivent le plus. Ce constat s'explique. Le médecin qui réduit son temps de consultation sait qu'il augmente le risque de « passer à côté » d'un aspect de la pathologie qu'il doit prendre en charge. Il rajoute donc médicaments et examens pour réduire le risque. Quand on décide, au printemps 2002, de passer le tarif de la consultation des généralistes à 20 € la hausse de revenu pour chaque médecin est évidemment d'autant plus importante que son temps de consultation est bref. Dit autrement le passage à 20 € a consisté à valoriser plus que les autres les médecins qui sont les plus coûteux (consultation plus prescriptions) et qui font, de fait, la moins bonne médecine.

**Encadré 3**  
**Pourquoi la santé est un risque pas comme les autres**

**Les malades coûtent plus cher que les biens portants**

(répartition des dépenses de santé en France par quantile de la population totale)

Part de la population (par niveau croissant de dépenses)	50%	25%	5%	5%	5%	5%	5%
Part dans la consommation totale de soins	6%	12%	5%	5%	8%	13%	51%
Part des patients en affection de longue durée (ALD) dans le quantile			19%	23%	30%	37%	64%
Part des plus de 75 ans dans le quantile			13%	15%	15%	20%	29%

Source : CNAM- EPAS

Les dépenses de soins sont très fortement concentrées. En gros, on coûte cher lorsqu'on est gravement malade. Résultat : une moitié de la population consomme 6 % seulement de la consommation totale tandis que 5 % de la population consomme plus de la moitié (51%) des dépenses. C'est pourquoi le risque maladie n'est pas assurable par des techniques classiques d'assurance qui feraient correspondre le coût de l'assurance au risque représenté par l'assuré. Compte tenu de ce que serait le prix de l'assurance pour l'assuré placé dans le dernier quantile (5 % de la population) de la distribution, on imagine mal comment il pourrait payer. D'autant que les personnes qui supportent le plus fort risque sont facilement repérables. Seule une couverture solidaire, et donc obligatoire, peut financer les importants transferts de charges entre bien portants et malades, jeunes et vieux, célibataires et familles, que suppose une assurance maladie.

**Encadré 4**  
**Une dépense qui augmente plus vite dans les pays les moins solidaires**

**Les Etats-Unis, champion de la dépense et des inégalités**

Part des dépenses totales de santé dans le PIB

	1990	1995	2001
Espagne	6,7	7,6	7,5
Italie	8,0	7,4	8,4
Royaume Uni	6,0	7,0	7,6
Danemark	8,5	8,2	8,6
Suède	8,2	8,1	8,7
Pays Bas	8,0	8,4	8,9
France	8,6	9,5	9,5
Allemagne	8,5	10,6	10,7
Etats-Unis	11,9	13,3	13,9

Source : Eco-Santé OCDE, 2003.

La France ne vit pas une situation particulière. Les dépenses totales de soins, prises en charge ou non par un système d'assurance maladie, augmentent dans tous les pays développés. On remarque que plus un pays est riche et plus les dépenses de santé ont tendance à occuper un part importante dans son PIB. Mais que cette tendance est contrebalancée par le caractère plus ou moins solidaire de la prise en charge des dépenses. Ainsi des pays comme le Royaume Uni, le Danemark ou la Suède dans lesquels les soins sont pris en charge par des systèmes nationaux de santé solidaires ont des niveaux de dépenses significativement moins élevés que celui des Etats Unis dans lequel il n'y a toujours pas de système national d'assurance maladie.

## 2. Les voies de réforme

Les dépenses de soins augmentent plus vite que la richesse nationale. De moins de 4 % du PIB dans les années 60, elles en représentent près de 9 % aujourd'hui. Les trois quarts de cette dépense sont prises en charge collectivement via l'assurance-maladie. Il a donc fallu augmenter les prélèvements obligatoires qui lui sont affectés : cotisations sociales liées aux salaires, progressivement substituées depuis 1996 par la Contribution sociale généralisée (CSG)<sup>5</sup>, qui touche l'ensemble des revenus.

Aussi longtemps que la croissance économique a été forte, cette montée des dépenses de santé a été assez bien acceptée. N'était-il pas normal, dans une société toujours plus développée, qu'une part croissante du revenu soit consacrée aux soins, une fois les autres besoins de base satisfaits ? Les arbitrages sont devenus cependant plus difficiles en situation de croissance lente, quand il a fallu arbitrer entre différentes priorités en matière de dépenses collectives et que la pression du libéralisme a conduit les gouvernements à vouloir limiter la montée des prélèvements obligatoires. Aujourd'hui comme hier, face à la montée des dépenses, trois voies sont possibles : réduire le niveau de prise en charge des dépenses, augmenter les prélèvements, agir pour améliorer l'efficacité du système.

### Trois voies de réforme

La première voie est la plus facile. Du côté des patients la demande de soins est forte et les professionnels sont favorables à la croissance d'une dépense dont ils tirent leurs revenus. Les pouvoirs publics, au nom du dogme libéral qui veut que toute hausse des prélèvements obligatoires serait un frein à la croissance et à l'initiative, ne veulent pas augmenter le financement collectif. Le plus simple est alors de laisser la consommation de soins s'envoler tout en diminuant la part de prise en charge collective. On « désocialise » la dépense de soins.

Cette politique pose deux questions : à partir de quand la « désocialisation » nuit-elle au chiffre d'affaire des industriels (pharmacie) et aux revenus des professionnels ? Jusqu'où les inégalités d'accès à la santé renforcées par ce type de politiques seront-elles considérées comme acceptables par la société ?

La seconde voie relève d'un autre type de facilité. Certes, il semble souhaitable d'élever les prélèvements puisque les dépenses de santé sont utiles et créatrices d'emploi. Pourtant, une telle hausse n'est légitime, dans un contexte où les richesses sont limitées, que si l'on est sûr de l'utilité des dépenses qui seront financées grâce aux recettes supplémentaires prélevées. Ce n'est pas le cas aujourd'hui (voir article 1).

La troisième voie est la plus exigeante. Il s'agit de changer l'organisation même du système de soins pour le rendre plus efficace. C'est à dire fournir des services de meilleure qualité à un moindre coût. On peut même être plus ambitieux et vouloir agir sur les déterminants même de la santé.

Si les deux premières politiques peuvent avoir des effets à court terme, la troisième ne peut en produire qu'à moyen voire long terme. Or, aujourd'hui, les décisions sont souvent prises, sous la pression de la conjoncture, avec pour premier objectif d'améliorer l'équilibre des comptes à court terme, voire immédiatement. Au contraire, choisir la troisième voie supposerait de modifier profondément le rôle social de l'assurance maladie. Il faudrait faire des choix. Se pose alors la question de la légitimité de ceux qui feront ces choix. A la suite de quels débats sont-ils faits, avec

---

<sup>5</sup> La CSG est d'abord mise en place en 1991 pour financer les prestations familiales, puis, en 93, pour financer le Fonds de Solidarité Vieillesse. Le transfert d'une partie des cotisations d'assurance maladie sur la CSG est commencé en 1996 et achevé en 1998.

quelle implication collective de la population ? On rejoint là la question de la prise de décision, du mode de « gouvernance », de l'assurance maladie.

### **Une réforme réduite au financement ?**

Clairement le gouvernement de Jean-Pierre Raffarin a choisi jusqu'à maintenant une politique de déremboursement : réduction de taux de prise en charge de certains médicaments dont le « service médical rendu » apparaît comme insuffisant... mais qui sont maintenus à la vente ; hausse du forfait hospitalier qui passe de 10.6 € à 13 €; redélimitation du contenu de la prise en charge à 100 % par un examen plus strict des soins pris en charge au titre des affections de longue durée (ALD) et par l'exclusion de la prise en charge à 100 % des soins pré et post opératoires<sup>6</sup>. L'ensemble de ces mesures est cohérent avec le discours du Premier ministre qui voit dans le « sentiment de gratuité » la cause de la forte progression des dépenses de santé.

Le gouvernement a également déjà mis en place une politique dans le domaine hospitalier dans le cadre du « plan hôpital 2007 », adopté en 2003 ce plan embrasse de nombreux sujets. Celui qui nous intéresse le plus ici est la modification du mode d'allocation des ressources par le biais de la tarification. La tarification à l'activité (T2A) appliquée depuis le premier janvier 2004 aux établissements privés à but lucratif va progressivement s'étendre aux hôpitaux publics. Au lieu d'un budget global qui était largement la reproduction de l'enveloppe antérieure affectée du coefficient régional des budgets hospitaliers les hôpitaux publics devraient être financés en fonction de leur activité, chaque type de soins bénéficiant d'une tarification spécifique. Ce principe va déterminer pour cette année 10 % des budgets des hôpitaux publics et devrait en déterminer 100 % d'ici 2008. Sortir du système actuel de tarification est nécessaire, car il est facteur d'inégalités fortes entre établissements. Mais la mise en place d'une tarification à l'activité n'est pas sans danger et règle déjà, sans débat réel, des questions qui sont pourtant au cœur de la réforme à venir. Les coûts réels supportés par les hôpitaux ne sont pas uniquement fonction des pathologies traitées. L'origine sociale, les conditions de logement et de vie des patients pèsent également sur les coûts des hôpitaux qui n'ont pas abandonné toute ambition de prise en charge sociale des personnes. La tarification à l'activité mettra les hôpitaux devant le choix de renoncer à prendre en charge la dimension sociale du soin ou de se trouver étranglés financièrement s'ils desservent une zone dans laquelle la population est socialement fragile. Indirectement et sans débat, le mode de tarification choisi règle la question de la fonction de l'hôpital. Elle va dans le sens de ceux qui veulent « décharger l'hôpital de missions comme les urgences non vitales ou la prise en charge des cas sociaux qu'il fait mal, à des prix prohibitifs et qui l'encombrent »<sup>7</sup> sans nous dire qui, où, et avec quels financements prendra en charge ces « cas sociaux ».

Dans le même temps, le gouvernement a annoncé la mise en place d'une Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie qui prendra en charge tout particulièrement la dépendance. Or, la frontière entre la dépendance et les soins est très souple. Si demain cette nouvelle Caisse devait prendre en charge les dépenses de soins liées à la dépendance, les contours de l'actuelle assurance maladie en seraient évidemment transformés. Mais, en l'état actuel, le rôle de cette caisse et son financement demeurent tout à fait obscurs.

---

<sup>6</sup> Les soins hospitaliers « lourds » sont pris en charge à 100%. Cette prise en charge était dans les faits étendue aux examens préalables à l'opération et aux soins, y compris délivrés en ville, qui faisait suite à l'opération. Dans le cadre de la dernière loi de financement de la sécurité sociale la prise en charge à 100% devrait être rassemblée sur le seul épisode de soins hospitaliers.

<sup>7</sup> Dominique Coudeau – Ancien directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile de France – In « L'hôpital réinventé », rapport pour l'Institut Montaigne – Janvier 2004.

Au-delà des mesures déjà prises, l'essentiel des mesures envisagées vise aujourd'hui à limiter la montée des prélèvements obligatoires. Dans cet esprit, le projet le mieux connu a été présenté dans le cadre du rapport « Chadelat »<sup>8</sup>. Il reviendrait aux pouvoirs publics de définir les contours des soins faisant l'objet d'une « couverture médicale généralisée », soins dont la prise en charge serait répartie entre assurance maladie obligatoire (AMO) et assurances maladies complémentaires (AMC). La situation des bénéficiaires de la CMU ne changerait pas. Les personnes dont le revenu est compris entre le seuil CMU et le SMIC bénéficieraient d'une aide dégressive à l'achat d'une couverture complémentaire. Les personnes dont le revenu est supérieur au SMIC achèteraient une couverture complémentaire sur le marché. Dans un tel projet, soit la couverture offerte par les AMC est clairement encadrée dans son contenu et dans son prix et on évite le pire en matière d'inégalités, mais on ne voit plus quel est l'intérêt de recourir à une couverture à deux étages (AMO et AMC), soit les AMC sont libres de leur prix et de la couverture offerte et le risque est que les plus pauvres choisissent, comme c'est déjà le cas aujourd'hui, les couvertures les moins étendues.

Les partisans de ce type d'architecture connaissent cette objection et promettent la main sur le cœur que chacun sera aidé pour accéder à un complémentaire et que les complémentaires n'auront pas le droit de « sélectionner le risque ». Le Fonds de financement de la CMU vient de rendre public le second rapport d'évaluation de la CMU qui donnent sur ces questions des informations intéressantes, mais inquiétantes. Dans le cas de la CMU, il était prévu une aide à la mutualisation, destinée aux 1,6 millions de personnes ne bénéficiant pas de la CMU, mais dont les revenus étaient inférieurs au seuil de la CMU augmenté de 10 %. Au 30 juin 2003, le taux de d'accès au dispositif « d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire » ne couvrait que 0,46 % de ces 1,6 millions de personnes pourtant en grande partie exclue de toute couverture complémentaire. Echec total.

Qu'en est-il du risque de « sélection du risque » ? Là encore, le rapport d'évaluation de la CMU est édifiant. Le montant des prestations servies par bénéficiaire au titre de la couverture complémentaire s'est élevé à 287,6 euros en 2002 quand cette couverture était assurée par la CNAM, à 273 euros quand il était géré par les mutuelles, et 223,4 euros seulement, quand il était géré par des assurances commerciales. On constate ainsi un écart de coût supérieur à 20 % entre le montant des prestations moyennes versée par la CNAM et le montant versé par les assurances commerciales. Comme le dit le Rapport d'évaluation « les organismes complémentaires se dégagent du « mauvais risque » qui se trouve de facto transféré sur les organismes obligatoires ». Bien sur il s'agit d'un dispositif spécifique, le dispositif CMU, et la mise en place d'un système dans lequel interviendrait conjointement l'AMO et les AMC n'aura pas nécessairement les mêmes effets. Il n'empêche, on a ici des informations à ne pas oublier.

### **Agir sur l'organisation des soins**

On en était à cet état des réformes en cours et projetées quand est arrivé le rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM). Ce Haut Conseil mis en place par Jean Pierre Raffarin en octobre 2003 est en effet parvenu à rendre, fin janvier dernier, un « diagnostic partagé » sur la situation de l'assurance maladie. Le rapport<sup>9</sup> a été ~~en effet~~ unanimement validé, sans vote. Aucun des 53 membres<sup>10</sup> ne se désolidarisant explicitement du

---

<sup>8</sup> « Répartition des interventions entre les assurances maladies obligatoires et complémentaires en matière de dépenses de santé », voir Alter Eco n°XXXX

<sup>9</sup> On peut récupérer le rapport du Haut Conseil sur le site de la Documentation Française ([www.ladocumentationfrancaise.fr](http://www.ladocumentationfrancaise.fr)) en allant dans la bibliothèque des rapports publics, ou en allant directement à <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/044000031.shtml>.

<sup>10</sup> On trouvait au HCAAM des représentants des partenaires sociaux, des syndicats médicaux, des caisses d'assurance maladies, des assureurs complémentaires, des établissements de santé, des experts et même trois représentants d'associations d'usagers.

texte. La synthèse commence par une affirmation forte : « l'assurance maladie constitue un de nos grands succès collectifs. En offrant un très large et égal accès aux soins, elle a joué, outre son rôle proprement sanitaire, une importante fonction de cohésion sociale. C'est aujourd'hui un de nos biens communs les plus précieux ».

Elle est construite en trois sections. La section I traite du financement. Elle envisage bien sur des actions sur le niveau de remboursement et sur les recettes mais le point fort ici est l'affirmation, qu'au-delà des mesures financières, il faut, « au premier chef », agir sur l'organisation même du système de soins. La section II détaille les voies de cette « amélioration du fonctionnement du système de soins ». La section III décrit de façon critique l'état actuel de la « gouvernance » de l'assurance maladie mais ne présente pas de proposition précise dans ce domaine.

Ce rapport est en quelque sorte le « cahier des charges » présenté par un certain nombre d'acteurs, au premier rang desquels la mutualité française (FNMF), au gouvernement et qui affirme que la réforme n'est envisageable que si elle ne se limite pas à des mesures financières mais s'attaque réellement à la question de l'organisation du système de soins.

### **Ouvrir un espace de débats sur les questions de santé**

Dans le rapport du Haut Conseil, la question de l'organisation du système de soins se réduit souvent à une affaire de management. Il faut des outils, des procédures, des référentiels. Si l'on ajoute un partage clair des responsabilités, on a les moyens d'avancer, mais la vision est sans doute un peu étroite. Mettre en œuvre un système de soins plus efficace suppose en effet à la fois des actions de prévention, une autre répartition de l'offre sur le territoire et surtout une articulation des différentes composantes de cette offre, la définition du « panier de soins » pris en charge<sup>11</sup>... Aucun de ces choix n'est purement technique. Ils ont tous une forte dimension politique. La question de la « gouvernance » de l'assurance maladie est donc indissociable de la question de l'organisation du système. Aujourd'hui les conseils d'administration des caisses locales de l'assurance maladie<sup>12</sup> sont sans poids car ils sont étroits, sans pouvoir et sans moyens. Ils sont étroits car ils ne rassemblent que des représentants des partenaires sociaux « représentatifs »<sup>13</sup>. Il faut ouvrir les conseils d'administration à un mouvement associatif très actif sur les questions de santé qu'il s'agisse des pathologies graves et nouvelles (SIDA), de problèmes de santé liés au travail (Amiante) ou à la précarité. La Mutualité, parce qu'elle est un mouvement qui rassemble depuis toujours des compétences nombreuses sur les questions de santé a également toute sa place dans les conseils d'administration. D'autres associations, de consommateurs, d'environnement, ont certainement aussi leur place ici. Ces conseils d'administration ouverts auraient pour fonction de travailler sur la répartition de l'offre et sur la coordination des acteurs en tenant compte des spécificités locales. Ils auraient aussi pour fonction d'adapter aux réalités locales des politiques de prévention qui s'articuleraient avec la médecine du travail, la médecine scolaire... Il existe déjà sur le terrain, dans tout ces domaines, des structures et des programmes : comités départementaux d'éducation pour la santé, observatoires régionaux de santé, conférences régionales de santé, certes aujourd'hui en sommeil, programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins. Il ne s'agit pas d'inventer à partir de rien mais de donner une vraie cohérence à des actions aujourd'hui trop dispersées. Il faut également pour les personnes qui siégeront dans ces conseils d'administration des moyens ; c'est à dire de la formation mais aussi sans doute des indemnités leur permettant de dégager du temps. Partir de ce qui existe déjà sur le terrain, le renforcer.

<sup>11</sup> Voir article Panier de soins dans Alter Eco Janvier 2004

<sup>12</sup> Au niveau départemental il s'agit, pour le Régime général, des Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), au moins une par département, parfois plus. Au niveau régional existent des Caisses régionales d'assurance maladie (CRAM). Toujours au plan régional, depuis 1996, existe une structure qui regroupe l'ensemble des régimes de base (salariés, agricole, artisans et commerçants) : les Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM).

<sup>13</sup> Les employeurs du MEDEF et de la CGPME ont quittés les conseils d'administration des caisses en 2000 pour protester, entre autre, contre la politique du gouvernement Jospin en matière de financement des 35h.

L'important ici n'est pas de définir un projet idéal mais de progresser en améliorant ce qui existe. D'une certaine façon, la question la plus épineuse en matière de gouvernance du système n'est pas là, mais réside dans la relation à établir avec les professionnels du soin.

### **Quelle place pour les professionnels ?**

Chacun dit « qu'on ne peut pas réformer l'assurance maladie sans les professionnels » mais si on ne donne pas du contenu à cette phrase on en reste au niveau de la lapalissade. Aujourd'hui les relations entre les pouvoirs publics (Etat et Assurance maladie) et les professionnels sont dans un état déplorable. Les pouvoirs publics portent une part de responsabilité dans cette situation tant ils ont cherché ces dernières années à « contourner » les principales organisations de professionnels. En jouant les professions les unes contre les autres, en acceptant de considérer comme valables des accords signés par des organisations manifestement minoritaires. Mais l'éclatement des professions pèse également lourdement dans la situation actuelle.

Parce que la dépense de soins est socialisée, la collectivité a légitimité à intervenir. A l'inverse, l'autonomie professionnelle est certainement une des conditions de la qualité du système de soins. Le problème c'est que la question de la délimitation de ce qui relève du champ dans lequel la collectivité est légitime à intervenir et de ce qui doit demeurer du champ de l'autonomie des professionnels n'est ni réfléchi ni débattu. Pire, alors qu'il n'y a pas réellement d'action réfléchi de la collectivité dans des domaines qui relèvent de sa compétence (répartition géographique des professionnels, action sur les écarts de rémunération), les pouvoirs publics (Etat et Caisses d'assurance maladie) ont mené, et envisagent encore de mener des actions qui empiètent clairement sur-le-champ de l'autonomie des professionnels (protocoles, référentiels de soins).

La (re)construction d'un acteur collectif représentatif des professionnels du soin avec lequel les pouvoirs publics devraient négocier est certainement nécessaire. Personne ne dispose d'une formule magique pour faire surgir cet acteur dont l'absence pèse lourdement sur l'avenir et le contenu de la réforme à venir.

### **Evaluer la réforme à venir**

La réforme de l'assurance-maladie que va mettre en œuvre le gouvernement sera peut-être ambitieuse. Elle ne sera peut-être aussi un bricolage à la marge qui ne touchera pas aux questions de fond. En tout état de cause on pourra lire cette réforme à partir de trois questions.

Renforce-t-elle le caractère solidaire du système ou au contraire le dégrade-t-elle ? Le caractère plus ou moins solidaire se mesure par l'étendue de la couverture, la place de l'assurance maladie de base, le respect des tarifs de l'assurance maladie par les professionnels et par le type de financement (voir encadré)

Y a-t-il dans la réforme des actions visant à transformer le système de soins en répartissant mieux l'offre et en la coordonnant ? Plus largement en restera-t-on aux soins ou y-aura-t-il volonté d'agir sur les déterminants de la santé ?

La réforme laisse-t-elle tels quels des circuits de décision souvent opaques et technocratiques ou au contraire ouvre-t-elle des espaces de débat collectif ?

Ces trois axes sont liés. Une régulation marchande de l'assurance maladie (« la privatisation ») diminuera la part solidaire, se centrera sur le soin, et n'a que faire d'un débat public. Le maintien, voire le renforcement d'une forte socialisation de la demande dont le but serait de réduire les inégalités d'accès aux soins n'a de sens que si elle s'attaque aussi aux questions de santé. De plus, reposant sur un financement collectif, elle doit, pour que ce financement collectif soit légitime, fonder les choix sur un débat collectif large.

### **Encadré 1** **Ils en ont rêvé...**

A coté des mesures prises par le gouvernement d'autres mesures ont été envisagées : a ainsi été évoqué la possibilité de différencier la prise en charge du « gros » et du « petit » risque. La prise en charge du « gros » risque demeurerait de la compétence de l'assurance maladie de base tandis que le « petit » risque serait pris en charge par des complémentaires en situation de concurrence. Cette menace semble enterrée pour l'instant : la possibilité de distinguer médicalement le « petit » risque du « gros » risque est en effet problématique. De plus, quelques voix raisonnables ont rappelé que l'accès plus tardif aux soins, qui caractérise les catégories les plus modestes de la population, est une cause de surcoût. Car quand le « petit » risque, non ou mal pris en charge, finit parfois par devenir un « gros » risque *il est* plus coûteux à soigner, pour un résultat sanitaire souvent moins bon. Mais cette proposition peut ressortir.

Plus discrètement la mise en place d'une assurance maladie spécifique aux personnes âgées a été également étudiée. On a même pu voir proposer une récupération sur l'héritage des personnes décédées « des dépenses médicales des dernières années de sa vie »<sup>14</sup>. De quoi pousser les personnes âgées et malades au suicide de peur de déshériter leurs enfants... Mais des pistes plus sérieuses – et moins inhumaines - existent qui visent à transférer sur les retraités une part plus importante du financement de l'assurance maladie<sup>15</sup>.

### **Encadré 2** **Régionaliser l'assurance-maladie ?**

Parmi les projets qui circulent, on trouve des scénarios de régionalisation de l'assurance maladie dont on ne sait jamais s'ils prendraient la forme d'une déconcentration des pouvoirs nationaux de l'Etat au niveau régional ou d'un véritable transfert des responsabilités en matière d'assurance maladie. Deux questions sont posées ici. La première porte sur la péréquation des moyens entre régions. Il est en effet inenvisageable de demander aux régions les plus pauvres de financer seules leurs dépenses de santé tandis que les régions riches ne seraient pas sollicitées. La seconde porte sur la place respective des structures régionales de l'assurance maladie et des élus régionaux dans le cas d'un transfert de responsabilité des questions de santé aux régions.

---

<sup>14</sup> Daniel Bouton, Président de la Société générale, membre de la commission économique du MEDEF : Treize propositions pour la réforme de l'assurance maladie – Le Monde du 26 décembre 2003.

<sup>15</sup> Aujourd'hui alors que la CSG assurance maladie est calculée au taux de 5.25% sur les revenus d'activité elle est calculée au taux de 3.95% sur les revenus de remplacement (retraite et indemnisation du chômage imposable)

### **Encadré 3** **Mesurez le niveau de solidarité**

Le caractère plus ou moins solidaire du système d'assurance-maladie combine :

- L'étendue du champ couvert et le niveau de prise en charge. Tout déremboursement partiel ou total doit ici être examiné avec attention. Surtout toute « liberté tarifaire » accordée aux professionnels qui creuserait l'écart entre les prix pratiqués et les tarifs de remboursement, joue directement au détriment du caractère solidaire de l'assurance maladie.
- Place respective de l'assurance-maladie obligatoire (AMO) et l'assurance-maladie complémentaire (AMC). Tout retrait de l'AMO va contre le caractère solidaire de l'assurance maladie. Si l'activité des AMC est encadrée (sur les prix et sur les couvertures offertes) on limite les dégâts. Plus le coût de la couverture est lié à l'état de santé, par exemple à travers des tarifs différenciés en fonction de l'âge, et plus on les aggrave.
- Les dépenses qui restent à la charge des ménages. Un forfait par boîte de médicament, ou par ordonnance pèserait principalement sur les plus malades. A l'inverse une « franchise » annuelle plafonnée en fonction du revenu<sup>16</sup> épargnerait les plus pauvres et les plus malades.
- Les recettes. La hausse de la CSG sur les revenus de remplacement (retraite et chômage) ne serait pas forcément scandaleuse dans l'absolu, mais elle a un drôle de goût quand elle prend la suite d'une réforme qui vise à diminuer le niveau des retraites.

C'est l'ensemble des mesures prises dans tous ces domaines qui nous permettra de dire si la réforme a, ou non, amélioré le caractère solidaire du financement de l'assurance maladie.

---

<sup>16</sup> Dans un tel système, chaque ménage doit s'acquitter des divers tickets modérateurs qui pèsent sur les soins, mais la collectivité s'engage à ce que la somme qui lui reste à charge ne dépasse pas un certain pourcentage de son revenu. Dans un pays comme la France où le tiers payant n'est pas encore généralisé la mise en place de ce type de système poserait de redoutables problèmes techniques.