

ETAT DES LIEUX

Les dépenses de santé en France représentent 9,7% du Produit Intérieur Brut.

Elles sont actuellement financées à hauteur de :

- 75,8 % par les régimes d'assurance-maladie obligatoires (AMO),
- 12,7 % par les assurances maladie complémentaires (AMC),
- 10,4 % par les ménages,
- 1,1 % par l'Etat au titre du financement de la CMU.

Les ressources des régimes d'assurance-maladie obligatoires sont constituées par une cotisation de 12,80 % des salaires versés par les entreprises, par une cotisation salariale de 0,75 %, par une fraction de la CSG (60 %, soit un taux de 5,4 %) et par différentes taxes (tabac, alcool...). L'assiette de ces ressources évolue comme le PIB.

Les assurances complémentaires, facultatives mais largement répandues, sont constituées de primes soit proportionnelles aux salaires (mutuelle des fonctionnaires), soit forfaitaires, soit établies en fonction d'un risque évalué (assurances commerciales). Elles peuvent comporter une participation patronale (institution de prévoyance proposant des contrats santé). Quelle que soit la formule, l'assiette des primes varie comme le PIB.

Les dépenses de santé sur une longue période augmentent plus vite que le Produit Intérieur Brut, c'est-à-dire plus vite que la richesse créée chaque année en France. Ce qui implique des tensions sur les ressources des régimes, qui évoluent comme le PIB et ne suivent donc pas la progression de leurs charges.

En conséquence, l'assurance-maladie obligatoire est en déficit structurel depuis plus de vingt ans, déficit financé pendant un certain temps par les excédents des branches Famille et Vieillesse. De même, les primes d'assurances complémentaires augmentent, tout comme la participation financière des malades (forfait hospitalier, dépassement d'honoraires).

Cette situation n'est pas tenable indéfiniment : les excédents des branches qui ont servi à masquer le déficit de l'assurance-maladie n'existent plus ; le déficit de l'assurance-maladie atteint des sommets (10 milliards d'Euros par an) ; si rien n'est fait sur les dépenses, ce déficit atteindra, selon les différentes hypothèses faites en matière de taux de croissance de l'économie, 60 à 100 milliards d'Euros constants à l'horizon 2020.

D'où la nécessité d'une réforme dont beaucoup croient – à tort – qu'elle sera une recette magique faisant disparaître un problème récurrent depuis 40 ans. D'après les indications données par le Gouvernement, la réforme ne sera pas d'ordre structurel : pas de nationalisation du système sanitaire avec financement fiscal à l'anglaise, pas de privatisation à l'américaine. Du côté du financement, il s'agira plutôt de déplacer les frontières entre les trois sources de financement actuelles : régimes d'assurance-maladie obligatoires, régimes d'assurance-maladie complémentaires, patients ; voire de réformer les mécanismes assurant les ressources de ces différents opérateurs. Chacun de ces modes de financement des dépenses de santé pose, en effet, des problèmes spécifiques.

I - Les régimes d'assurance-maladie Obligatoire (AMO)

L'assurance-maladie obligatoire – les différents régimes sont tous en déficit et reliés au régime général par les liens de la compensation démographique – est le mécanisme qui permet un financement solidaire des dépenses de santé mais ce mécanisme ne suffit plus à couvrir les dépenses de santé remboursables.

1. Une solidarité multidimensionnelle

L'assurance maladie obligatoire fait jouer quatre types de solidarité :

a. Entre malades et biens portants

C'est l'effet de la mutualisation du risque, ce qui signifie que chaque personne est assurée d'être prise en charge en cas de maladie sans obstacle financier, à condition que l'assurance-maladie soit équilibrée financièrement.

Pour que la solidarité entre les français soit réelle, il faut que personne ne puisse y échapper, individuellement ou collectivement, ce qui implique l'obligation d'assurance. Cette obligation d'assurance s'impose d'autant plus que le coût du risque est très dispersé : 5 % des assurés entraîne 51 % des dépenses de consommation médicale et 60 % des remboursements. La consommation médicale moyenne annuelle de ces 5 %, prise en charge à 95 % par l'AMO, est de 17.780 € soit une consommation 10 fois supérieure à la dépense de santé moyenne annuelle d'un assuré.

b. Entre riches et pauvres

Cette solidarité implique que le coût national, par assuré, soit assumé non par une cotisation forfaitaire du genre prime d'assurances mais par une cotisation assise sur le revenu de chacun (prélèvement proportionnel ou progressif).

Ce financement qui allie principalement les cotisations assises sur les salaires, les revenus non salariaux, et la CSG, complétés par quelques impôts, est satisfaisant dans sa structure.

Notons enfin que l'assurance-maladie obligatoire assure par la CMU une préférence pour les pauvres puisque ceux-ci disposent gratuitement d'une couverture maladie de base laquelle est évidemment financée par les ressources émanant des autres assurés (CSG et cotisations sur les salaires).

c. Entre actifs et inactifs

Cette solidarité signifie que les actifs¹ payent le surcroît de dépenses qu'entraîne l'âge (l'assuré de plus de 60 ans, dépense deux fois plus pour sa santé que l'assuré moyen ; celui de plus de 80 ans, trois fois plus) ; elle peut signifier également que les actifs devraient plus participer au financement des dépenses de santé remboursées que les inactifs ; c'est le cas actuellement, les cotisations patronales sont principalement à la charge des actifs, les cotisations sur les retraites étant à un faible niveau.

On peut se demander s'il ne faudrait pas accroître les cotisations des retraités qui ont un niveau moyen de revenus égal – et même plus important – que le revenu moyen des actifs pour les porter au niveau de celles des actifs. Ce n'est pas impossible mais il ne faut pas oublier l'émergence d'un nouveau risque, le risque dépendance – en partie inclus dans le risque maladie – que le Gouvernement souhaite isoler (création d'une caisse de solidarité pour l'autonomie) et qu'il faudra bien financer de façon pérenne : une cotisation sur les retraites pourrait être ainsi envisagée.

d. Entre célibataires et chargés de famille, entre familles moyennes et familles nombreuses

Cette solidarité implique que la cotisation de chaque assuré couvre sa famille. Ce qui est le cas, en France, et constitue une puissante contribution à la politique familiale, contribution largement ignorée quand on fait le compte des efforts de la collectivité en faveur de la famille.

2. Un financement insuffisant.

La croissance des dépenses de santé remboursables est supérieure à celle de l'assiette des cotisations et par là, elle entraîne un déficit de l'AMO. Cette insuffisance de ressources pourrait être comblée soit par une restriction du périmètre des dépenses admises au remboursement, soit par une réduction du taux de remboursement, soit encore par une augmentation des recettes.

a. Le périmètre des dépenses remboursables

Toutes les dépenses de santé ne sont pas remboursables par l'AMO. Ce périmètre inclut les dépenses qui figurent dans les listes des produits éligibles. Ceux-ci en général, excluent les produits de confort, les actes obsolètes, les médicaments sans efficacité (la liqueur de l'abbé Soury), la chirurgie esthétique...

On peut songer à restreindre le panier de soins et services remboursé par l'AMO en ne retenant que les produits ayant une efficacité médicale reconnue. Notre panier est relativement large. D'autres pays excluent du financement obligatoire, les catégories de dépenses considérées comme moins prioritaires (ex. prothèses dentaires, cures thermales, homéopathie).

C'est un problème qu'il faut soumettre à la profession médicale pour qu'elle le prenne en compte. Il est vrai que c'est au Parlement de se prononcer. Il ne le fera aisément que s'il peut s'appuyer sur l'avis autorisé de la profession médicale.

Enfin, certains ont avancé l'idée que le champ de l'AMO devrait se limiter aux seules dépenses engagées par les malades atteints de maladies coûteuses : par exemple, toutes les affections de longue durée sachant que celles-ci sont déjà remboursées à 100 % par l'AMO. Ceci revient à renvoyer sur les assurances complémentaires les soins non hospitaliers courants. Il s'agirait d'une réforme importante ouvrant la voie à une privatisation partielle de l'assurance-maladie et risquant de faire peser sur le secteur hospitalier une forte demande qui relèverait, en réalité, des soins ambulatoires.

¹ Il est convenu que lorsque l'on parle des "actifs", c'est l'ensemble des cotisations (salariales + patronales) qui est pris en compte.

b. L'action sur les taux de remboursement

La dépense remboursable étant définie, l'AMO ne la prend en charge que partiellement et dans la limite des tarifs opposables : le taux de prise en charge est de 87 % de la dépense présentée au remboursement : il varie de 78 % pour les dépenses de soins ambulatoires à près de 97 % pour les dépenses hospitalières. Ce taux global résulte de la conjugaison des taux de remboursement de droit commun, appliqués à la totalité des assurés et d'un puissant système d'exonération (actes exonérés du ticket modérateur, exonérations personnelles applicables à certains assurés – accidentés du travail par exemple – exonérations applicables aux affections de longue durée ALD).

Le reste-à-charge, qui représente la somme du ticket modérateur, du forfait journalier et des dépassements est évalué à 330 € par personne protégée, pour 2001.

La modification du taux du ticket modérateur ou du forfait hospitalier ne ferait que déplacer le problème en direction des couvertures complémentaires.

c. L'action sur les ressources

Si le financement de l'AMO (cotisation assise sur les salaires et la CSG) est satisfaisant dans sa structure, peut-on envisager une augmentation des taux ?

Ceci pose la question du niveau des prélèvements obligatoires. On peut observer qu'ils sont plus élevés en France que la moyenne européenne. Ils frappent les salaires et revenus non salariaux et augmentent ainsi le coût du travail et ses conséquences sur le chômage.

Inversement, on peut faire observer que les ressources de l'AMO servent à financer un secteur économique de pointe – celui de la production des biens et services médicaux – riche en emplois qualifiés et relativement peu exposé à la concurrence internationale.

Enfin, n'oublions pas dans ce débat, l'importance des exonérations de cotisations patronales pour favoriser l'emploi non qualifié, 20 milliards d'euros par an prélevés par l'Etat, c'est-à-dire par les impôts généraux.

Une augmentation du taux des cotisations et/ou de la CSG, signifierait que les français privilégient leurs dépenses de santé par rapport à d'autres besoins collectifs.

Faut-il remplacer la cotisation patronale par une TVA sociale et donner plus de place à la CSG assise sur tous les revenus ? C'est un débat qui ne fait pas l'unanimité chez les économistes.

Quelle que soit sa forme, s'agissant d'un prélèvement obligatoire, il appartient au Parlement, de se prononcer sur le niveau des ressources affectées à l'AMO. C'est le sens du vote annuel de la loi de financement de la Sécurité Sociale.

Il serait nécessaire de présenter un compte recettes et charges de l'AMO, tous régimes consolidés.

Il va de soi que la solution de facilité qui consiste à laisser l'AMO s'enfoncer dans le déficit et à faire financer celui-ci par un prolongement de la CRDS (contribution pour le remboursement de la dette sociale) revient à faire payer par nos enfants notre propre consommation de soins.

Notre système de financement par l'AMO incarne une valeur de solidarité multidimensionnelle qu'il faut maintenir à un niveau aussi élevé que possible.

II - Les régimes d'assurance maladie complémentaire (AMC)

Les français ont dans leur grande majorité (93 %) souscrit une assurance complémentaire à travers des mutuelles, des assurances privées, des institutions de prévoyance (en contrats de groupe avec participation de l'employeur).

Du point de vue du financement, ces assurances complémentaires – en concurrence – abandonnent le type de financement proportionnel aux salaires pour favoriser une prime forfaitaire en fonction de l'âge. Ce type de prélèvement s'éloigne du financement solidaire pour se rapprocher d'un financement purement actuariel.

Ces assurances se sont développées du fait que les régimes de base ne couvrent pas la totalité de la dépense ; la majorité des contrats couvrent le ticket modérateur (essentiellement pour les soins de ville) et le forfait hospitalier, réalisant ainsi une couverture des soins à 100 % . Leur diffusion a été favorisée par le statut social et fiscal des primes d'assurance qui donne un avantage certain à la prévoyance collective en entreprise par rapport aux contrats individuels ; ceci favorise une grande diversité des contrats allant jusqu'à des prestations de haut niveau.

La situation actuelle appelle une remise en ordre surtout si, pour soulager l'AMO, on veut faire jouer un plus grand rôle aux AMC. Cela pourrait se faire en accordant un avantage fiscal dégressif selon les revenus de façon à généraliser l'assurance complémentaire, sans la rendre obligatoire.

S'il y a avantage fiscal, l'Etat ne peut pas cautionner n'importe quel type de contrat et notamment ceux qui, directement ou indirectement, pratiqueraient de la sélection des risques mais également ceux qui prévoiraient des avantages trop généreux.

Le développement du rôle des assureurs complémentaires suscite donc des questions complexes. D'autant plus que ceux-ci ne cachent pas leur volonté de ne plus jouer le rôle de payeur aveugle, suiveur de l'AMO, mais souhaitent gérer le risque de façon dynamique.

Ils peuvent le faire plus facilement par un conventionnement sélectif des médecins libéraux, une mise en concurrence des établissements hospitaliers, des incitations aux comportements préventifs.

La question est de savoir comment développer le rôle des AMC. Augmenter le ticket modérateur ? Retirer du panier de soins et services de l'AMO certaines catégories de dépenses qui deviendraient remboursables au premier euro par les AMC :

- médicaments à service médical rendu faible,
- traitements à efficacité discutée (homéopathie, cures thermales),
- dépenses mal remboursées par l'AMO : optique, prothèses dentaires,
- dépenses de soins courants en ville.

La création de la CMU complémentaire permet aux plus défavorisés d'être pris en charge à 100 % sans financement préalable et sur la base d'un panier de soins défini par l'Etat. Il convient donc de la maintenir en n'oubliant pas qu'elle est financée par l'Etat et par l'ensemble des assurés complémentaires à travers une taxation forfaitaire de chaque contrat complémentaire.

L'accroissement du rôle des AMC que l'on obtiendrait d'un avantage fiscal dégressif en fonction du revenu suscite des problèmes complexes, mais pas insolubles. Il conviendra de veiller à la plus grande transparence dans les contrats et tarifs, de façon à prévenir toute sélection des risques. Dans ce but, le rapport Chadelat a proposé une sorte de «complémentaire de base» permettant à tout assuré de choisir une assurance complémentaire santé avec un avantage fiscal dépendant de son niveau de revenus.

Le financement forfaitaire d'une dépense mutualisée est moins solidaire que le financement des AMO. Il a l'avantage de ne pas figurer dans les prélèvements obligatoires et de permettre aux AMC d'exercer sur le système sanitaire productif une contrainte en faveur de la qualité et de la productivité. Il ouvre une marge de choix aux assurés quant à leur niveau exact de couverture.

III - La participation des assurés

La participation des assurés aux dépenses de santé atteint 10,4 %. Mais ce n'est pas aussi important qu'on le pense. Car si l'on s'en tient aux dépenses présentées au remboursement, sans compter les dépenses non remboursables et l'automédication, le taux de prise en charge de ces dépenses par les régimes (AMO – AMC) atteint 96 %. Le reste-à-charge final est donc très bas : de l'ordre de 80 € par personne et par an.

Au moment de se soigner, la plupart des assurés savent que le recours aux soins est facile et que la dépense qui reste en définitive à leur charge est nulle ou marginale.

Ce haut degré de socialisation entraîne des effets pervers de consommation et une certaine irresponsabilité des consommateurs comme des professionnels de santé.

Néanmoins, compte tenu de la dispersion des consommations de soins, un petit nombre d'assurés supporte un reste-à-charge final significatif. Il y a été remédié par la création de la CMU qui inclut une assurance de base et une assurance complémentaire.

Si l'on considère les assurés qui sont hors du champ de la CMU, le reste-à-charge final représente 4 % de la dépense moyenne. Les régimes existants couvrent 96 % de la dépense de santé présentée au remboursement. Faut-il accroître cette part indépendante du revenu, non pas pour freiner la consommation médicale mais pour faire participer et responsabiliser les patients.

Tous les pays européens ont augmenté la participation des assurés en fonction de leur comportement (prévention) et de leur revenu. Le but est d'introduire la consommation médicale dans la consommation courante comme une affectation plus usuelle du revenu disponible.



Le financement de la Dépense Nationale de Santé est une question de répartition entre un financement solidaire déconnecté du risque individuel, un financement forfaitaire d'un risque mutualisé et un financement direct par les patients.

O R I E N T A T I O N S

La responsabilité des personnes implique que chacun n'utilise le système qu'avec mesure et discernement comme s'il en payait directement le coût et ne profite pas de la couverture collective pour se comporter en passager clandestin " Je cotise donc j'ai droit à tout ce que me propose le système de production de soins ".

Il existe au quotidien de petits ennuis de santé qui n'exigent pas de déranger un médecin de nuit ou de se précipiter aux urgences. Il importe que chacun soit informé du coût des examens, d'une journée d'hospitalisation, d'une ordonnance médicale.

Les français ne veulent pas de l'un ou l'autre des systèmes utilisant principalement dans leur fonctionnement, la régulation par le marché ou la régulation par l'Etat. Ils ne veulent ni du système américain (régulation par le marché avec un dispositif pour les pauvres), ni du système anglais (régulation par l'Etat et les files d'attente).

Les instruments d'une régulation existent (numerus clausus, carte sanitaire, liste des médicaments remboursables, nomenclature des actes médicaux remboursables, référentiels de bonne pratique). Pour les mettre en œuvre il faut une réelle volonté politique, une redistribution des compétences de décisions et une information claire et répétée des usagers.

La croissance des dépenses de santé pose :

- aux bénéficiaires des soins, une interrogation sur leur responsabilité en tant que "consommateur",
- aux professionnels et gestionnaires des "entreprises" de santé, des questions sur l'exercice de leur profession en termes de qualité, d'efficacité et de satisfaction de leur clientèle.

Cette croissance interroge également les pouvoirs publics sur leur capacité à faire des choix, à les expliciter et à les mettre en œuvre dans la durée tant dans le domaine de la prévention et de l'éducation que dans le domaine de l'amélioration de l'efficacité de notre système sanitaire. Et il ne s'agit pas de choix politiques fondamentaux : droite et gauche savent ce qu'il faut faire ; quand l'un d'eux est au pouvoir, il fait une politique très peu différente de celle que l'autre ferait.

Le fait que les dépenses de santé continueront à croître plus rapidement que le PIB ne doit pas être une excuse pour s'abstenir d'efforts en vue d'accroître la rationalité de notre système de soins. C'est justement parce que les dépenses de santé augmentent, notamment en raison du progrès technique, qu'il faut les légitimer aux yeux des financeurs pour que ceux-ci acceptent de financer le progrès technique de demain dans un système de production dont seraient bannis les coûteux dysfonctionnements.

Sortir d'une seule logique comptable suppose que les praticiens y participent et soient conscients des risques d'une attitude trop laxiste. La consommation de médicaments est trop importante en volume. Mais le déremboursement de certains médicaments n'est pas la seule voie de diminution des coûts. Ne fera-t-il pas qu'augmenter le renoncement à se faire soigner en provoquant plus d'inégalité dans l'accès aux soins à l'égard des populations les plus modestes ?

C O N C L U S I O N S

Toutes ces observations mettent en lumière la complexité des questions dont chacun d'entre nous doit prendre la mesure. Car aucune mesure collective et administrative ne doit nous faire oublier la part d'investissement personnel dans une charité quotidienne qui doit irriguer notre vie. Les morts de la canicule de l'été 2003 étaient bien couverts par l'assurance maladie ; l'attention à chacun de ceux qui étaient dans notre voisinage ne pouvait être sous-traitée.

Dans quelques semaines, les pouvoirs publics auront à prendre des décisions. Nous souhaitons que les solutions qu'ils proposent, même si elles sont provisoires, tiennent le plus grand compte :

- du primat absolu de la dignité et de l'intégrité de la personne humaine,
- de la répartition nécessaire des ressources, entre
 - un financement solidaire déconnecté du risque individuel,
 - un financement forfaitaire d'un risque mutualisé et
 - un financement direct par les patients.
- d'une préférence pour les plus fragiles et les plus démunis,
- de la nécessité de la subsidiarité dans le fonctionnement des organisations de prise en charge. ■

