

Les comptes de la Sécurité sociale

L'effet ciseaux

Le discours sur les comptes de la santé et de la protection sociale apparaît avec peu de recul, comme largement superficiel sinon manipulateur. La confusion des comptes, les comparaisons partielles sinon partiales font que nous ne pouvons affirmer avoir en France le meilleur système de santé et de protection sociale. Gardons un peu de raison et recherchons les véritables explications de notre situation en sachant relativiser les chiffres et utiliser les concepts pertinents.

Il ne fait aucun doute que la crise de financement de notre système de protection sociale doit constituer une réelle préoccupation compte tenu des masses financières et des enjeux. Cependant il n'est pas logique que cette crise de financement dont nous connaissons l'origine au travers de ce fameux effet de ciseaux entre recettes et dépenses soit utilisé pour remettre en question de manière schématique les fondements d'un système de protection sociale et sa gestion par les partenaires sociaux.

La crise actuelle de financement du régime d'assurance maladie tient principalement à la diminution de la croissance de ses recettes liées au retournement de la conjoncture, même si l'absence de véritable maîtrise médicalisée des dépenses de santé représente par ailleurs un réel enjeu qu'il nous faut relever pour sauvegarder notre système de santé.

Pour ce qui est de ses recettes, cette crise tient aux difficultés économiques,

au chômage et à la plus faible progression de la masse salariale, c'est-à-dire par construction à la base de calcul des cotisations sociales. Mais au lieu de remettre en question cette base professionnelle du financement, pourquoi ne pas souligner que la période de croissance a permis de financer, sur les cotisations issues de la masse salariale, des opérations qui ne concernaient pas la solidarité professionnelle même si elles ont permis une extension considérable des personnes couvertes et une quasi-généralisation de la protection maladie ?

En fait, le système de protection sociale de 1945 s'est étendu à d'autres catégories sociales que les salariés, sans qu'il y ait correspondance entre les droits à la couverture sociale de ces nouveaux bénéficiaires et le mode de financement par cotisation sur la masse salariale.

Il n'est pas question de rejeter le principe de solidarité mais il n'est pas question non plus de prolonger les confusions entre modes de solidarité et financement. Ceci ne peut que générer une opacité des comptes et le maintien d'une gestion dont personne ne peut être responsable, partenaires sociaux et gouvernements.

La cohérence entre solidarité et assurance n'existe plus aujourd'hui parce que le système est passé d'une solidarité professionnelle à une solidarité nationale sans que le mode de financement en soit changé.

- Imputer 20 MF à la couverture des dépenses de santé des handicapés adultes

sans qu'aucune recette ne soit versée au régime général.

- Admettre 3,5 MF de dépenses non couvertes par des recettes pour l'assurance personnelle, qui sont en fait un transfert de l'aide sociale vers le régime général.

- Affilier les détenus au régime général avec une cotisation réduite ou forfaitaire sans garantie de l'équilibre financier.

Parallèlement, les gouvernements successifs ont dans le cadre notamment des mesures pour l'emploi, amoindri la relation entre la cotisation et la couverture sociale, puisque des exonérations de cotisations sociales ont été accordées sans contrepartie financière.

Les gouvernements ont toute légitimité dans leur politique sociale contre le chômage d'exonérer les employeurs de charges sociales mais il n'est pas la vocation de l'Assurance maladie de régler la note.

Par ailleurs, l'Assurance maladie prend en charge sous forme de prestations des dépenses qui ne sont imputables ni à l'assurance, ni à la solidarité nationale sans qu'elle ait pour autant un droit de regard sur les actions ainsi financées. C'est ainsi que notamment dans le cadre de la dotation globale hospitalière, l'Assurance maladie finance la recherche médicale, la formation médicale universitaire. Toujours dans ce même cadre l'Assurance maladie couvre également la non récupération de créances par les établissements hospitaliers, ou des étrangers non pris en charge par leur régime d'appartenance.

Récemment les pouvoirs publics ont mis à la charge de l'Assurance maladie le financement de l'Agence française du sang chargée de l'organisation de la transfusion sanguine en France alors qu'il s'agit d'organisation de la santé publique, normalement de la compétence financière de l'État.

Dans le cadre des charges indues supportées par l'Assurance maladie il existe un autre champ important, celui des compensations interrégionales.

À ce titre pour l'Assurance maladie hors accidents du travail en 1993, 19,3 MDF ont été prélevés sur le régime général

des salariés pour être versés à d'autres régimes dont 3,8 MDF au titre de la compensation entre régimes salariés et de non salariés.

Quant à la maîtrise des dépenses, il serait un peu rapide d'en rejeter la responsabilité sur la seule Assurance maladie.

Les partenaires sociaux ont aujourd'hui pris en cette matière leurs responsabilités, ils l'ont fait avec détermination et sur des perspectives qui garantissent la liberté d'accès, l'indépendance du prescripteur et la qualité des soins dans le secteur de la médecine ambulatoire, et réclament l'exercice de leur mission dans le secteur hospitalier.

- Il est trop facile de dire que la maîtrise a réussi dans l'hospitalisation publique et échoué dans les autres secteurs de soins sur la base de la simple constatation d'une décélération en volume des dépenses qui par ailleurs s'inscrit sur une tendance à la diminution de la part de l'hospitalisation et qui de plus ne tient pas compte des effets de reports sur les autres secteurs financés à l'activité.

- Il est trop facile de rejeter les responsabilités sur le payeur en l'absence de système cohérent de régulation sur l'ensemble des secteurs alors qu'il réclame un clair exercice de ses responsabilités.

Il est également enfin trop facile de constater sur les dépenses de l'Assurance maladie les conséquences d'une politique démographique médicale non maîtrisée, d'une quasi-absence d'évaluation des technologies nouvelles et plus généralement de maîtrise de l'offre.

L'accord conventionnel signé en 1993 entre les représentants des médecins libéraux et l'Assurance maladie sur la maîtrise médicalisée (références médicales opposables et objectif annuel chiffré d'évaluation des dépenses) représente un véritable changement de logique dans le système de soins français marqué jusqu'à présent par le refus d'aborder simultanément rationalité économique et rationalité médicale.

La maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé peut être définie comme la recherche d'une utilisation optimale des ressources que la collectivité

affecte à la santé, utilisation basée sur une logique médicale d'amélioration de la qualité des soins.

Une utilisation inappropriée d'une investigation, d'une thérapeutique, d'une hospitalisation, d'un parcours à l'intérieur du système de soins, entraîne en effet le plus souvent un accroissement des dépenses, sans pour cela contribuer toujours à l'amélioration de l'état de santé, jouant même parfois à le détériorer par ses effets iatrogènes.

La convention qui entre en vigueur est le résultat d'une très longue concertation avec l'ensemble des syndicats médicaux et traduit l'évolution de nos réflexions sur la nécessité de maîtriser l'évolution des dépenses de santé et de défendre la qualité des prestations face au risque de rationnement budgétaire, que certains voudraient.

On peut dire que nous avons réussi, dans ce domaine, une véritable révolution culturelle qui permettra sans nul doute de garder au modèle français son originalité et son efficacité.

En effet, pour la première fois en France, le corps médical a adhéré à l'idée d'une nécessaire maîtrise de l'évolution des dépenses et s'y est engagé. Cette maîtrise médicalisée repose donc sur une logique de meilleure allocation des fonds des cotisations et la recherche de la qualité des soins ; c'est la voie la plus performante pour éviter la maîtrise comptable et strictement économique qui reviendrait à terme à rationner les soins. ■

Jean-Claude Mallet,

président du conseil d'administration de la CNAMTS