

Une réforme : pour quoi faire ?

Le déséquilibre croissant des comptes de l'assurance maladie met en danger la pérennité du système français de sécurité sociale. Une loi a été votée en août 2004 visant un meilleur usage du système de soins susceptible d'infléchir l'évolution des dépenses.

Assurer la pérennité du système d'assurance maladie

La loi de réforme de l'assurance maladie, votée en août 2004, prévoit le retour à l'équilibre en 2007 et met en place de nouveaux mécanismes de régulation. Dominique Libault, directeur de la Sécurité sociale, présente la philosophie, les outils et les attentes de cette réforme.

Entretien avec
Dominique Libault
directeur de la
Sécurité sociale

Propos recueillis
par Marc Duriez et
Patricia Siwek

adsp. Quelle est la philosophie de cette nouvelle réforme de l'assurance maladie ?

Dominique Libault. Cette réforme, qui survient dans un contexte de déséquilibre insupportable des comptes de la sécurité sociale, vise à assurer la pérennité du système d'assurance maladie tel qu'il a été créé en 1945, ce qui passe évidemment par le rétablissement d'un équilibre financier rompu depuis de nombreuses années et qui s'accroît.

En quoi est-elle différente des précédentes ?

La réforme de 1996, dite réforme Juppé, était une tentative d'aboutir à une régulation par des outils collectifs pour respecter un objectif voté par le Parlement, l'Ondam. Mais cette réforme a fait l'objet d'un rejet de la part des professionnels et n'a pas eu les effets escomptés. La loi de 2004 a une autre logique, elle repose sur l'idée

qu'un meilleur usage du système de soins pourrait infléchir l'évolution des dépenses.

Et quelles sont ses spécificités ?

La réforme de 2004 s'articule autour de deux axes majeurs : la modification des comportements des patients comme des soignants, et le décloisonnement du système. Il s'agit de repenser les relations de l'assurance maladie et des autres acteurs. Un équilibre entre stratégie d'adhésion et outils de pénalisation, voire de sanction pour non-respect des accords a été recherché. Une convention médicale a été conclue avec les syndicats de soignants qui les engage sur des objectifs précis. On recherche en fait à réconcilier qualité et efficacité avec des protocoles de bonnes pratiques définies par la Haute Autorité de santé et qui serviront de base aux décisions de remboursements de l'Uncam.

Cette réforme suffira-t-elle à rétablir un équilibre ?

Partout dans le monde, du fait notamment du vieillissement de la population, les dépenses de santé augmentent. Il est néanmoins indispensable de garantir une efficacité de notre système de soins afin de maîtriser l'évolution de ces dépenses dans leur évolution naturelle.

Qu'est-il envisagé pour modifier les comportements ?

Pour agir sur les comportements, il faut convaincre les gens du bien-fondé des propositions de changement. On a tous en tête la campagne sur la limitation de la consommation des antibiotiques. On a essayé de faire comprendre aux prescripteurs et aux patients qu'il est parfois inutile, voire dangereux, de prendre des antibiotiques. Et ça a marché...

Pour autant, ne soyons pas naïfs, cela ne fonctionne pas sans un minimum d'outils. Parmi ceux-ci, le parcours de soins, avec le médecin traitant et le dossier médical partagé, devrait conduire à une rationalisation de l'accès aux soins et des pratiques professionnelles. D'autre part, la convention médicale, qui a été signée avec les médecins, fixe un certain nombre d'engagements qualitatifs et quantitatifs très précis. Ils devraient induire une économie d'un milliard d'euros sur des thèmes bien identifiés.

Comme on le constate, à côté des objectifs de nature financière ou économique, la promotion du système de soins est recherchée et intensifiée à travers les bonnes pratiques des professionnels de santé libéraux ou exerçant dans les établissements de santé. Les médecins doivent s'engager dans une démarche d'évaluation. Des référentiels médicaux seront élaborés par la Haute Autorité de santé. De façon générale, le pari c'est de dire qu'en respectant la qualité on peut aussi faire des économies.

Dans la pratique, comment allez-vous obtenir cet accroissement de la qualité des soins ?

Après la diffusion des guides de bonnes pratiques réalisés par la Haute Autorité de santé, les professionnels seront évalués tous les cinq ans. Les médecins conseils des caisses de sécurité sociale verront leurs missions évoluer vers des fonctions de dialogue et de contrôle renforcées. Sans oublier les délégués de l'assurance maladie, dont le rôle d'information des professionnels est déterminant.

Quelles bases serviront à déterminer les soins qui seront remboursés ?

La Haute Autorité de santé, organisme indépendant, assure l'expertise pour déterminer les soins pris en charge. Ce qui sera remboursé par l'assurance maladie sera moins immuable que dans le passé. De nouvelles molécules et produits, de nouveaux protocoles de soins seront pris en charge alors que d'autres ne correspondant plus à l'état de l'art et considérés comme moins efficaces seront remboursés plus faiblement, voire plus du tout.

L'application des règles de bonnes pratiques ne risquent-elles pas de multiplier le nombre d'actes médicaux ?

C'est envisageable dans certains cas. Mais globalement ces règles devraient surtout aboutir à la suppression de nombreux actes inutiles et donc au final être sources d'économies. Et puis la situation démographique médicale étant stabilisée, il y a peu de risque d'inflation des actes.

Ne pensez-vous pas que, dans le cadre d'une réforme basée sur la qualité des soins, la formation médicale continue doit être au premier plan ?

Effectivement, et d'ailleurs une mission de l'Inspection générale des affaires sociales travaille sur ce sujet et devrait remettre son rapport d'ici peu.

Un des corollaires de cette réforme est sa complexité en matière de tarification. Ne pensez-vous pas que les patients ont du mal à savoir quel sera le montant de leur remboursement ?

Les tarifs réellement appliqués étaient déjà hétérogènes, voire opaques du fait de l'existence d'un secteur II¹. On cherche à donner de la lisibilité : les patients seront mieux informés sur les remboursements auxquels ils ont droit selon qu'ils s'inscrivent dans le parcours de soins ou non. Dans un premier temps, l'affichage et la nouveauté des règles peuvent créer des difficultés d'accoutumance qu'il va falloir gérer...

Vous avez parlé de découplage. Il concerne à la fois les institutions – aussi bien au niveau national que régional – et la coordination des soins. Ça se traduit par quoi ?

Il s'agit de travailler sur une meilleure organisation ville-hôpital, généralistes-spécialistes... car, de l'avis de tous les observateurs, ce cloisonnement crée une perte d'efficacité médicale et une augmentation des coûts. Cela implique la mise en relation ou en réseau des acteurs dans le cadre de la permanence des soins, du dossier médical partagé et de l'exercice en groupe par exemple.

Enfin, le travail en réseau induit par le rôle pivot du médecin traitant est un puissant facteur de communication des praticiens toutes origines confondues.

Et le découplage dans les institutions ?

Pour ce qui concerne les institutions, la réforme s'efforce de créer des ponts entre la plupart des organismes. Ceux-ci réunissent des représentants de tous les acteurs : libéraux, hospitaliers, différents régimes d'assurance maladie, de base et complémentaires. Et donc cette idée de découplage et de pilotage global est très forte dans la gouvernance du système de l'assurance maladie. Elle tente d'éviter les querelles de territoires, les querelles de chapelles qui ont trop

1. Dans lequel des médecins, sous certaines conditions, peuvent percevoir des honoraires supérieurs aux tarifs conventionnés sans prise en charge supplémentaire par l'assurance maladie (ndlr).

La réforme de l'assurance maladie

longtemps conduit à une inertie du système. Il est créé un Conseil de l'hospitalisation, qui permet un dialogue entre l'assurance maladie, la médecine de ville et l'hôpital. Au niveau régional, les missions régionales de santé font collaborer ARH et Urcam.

Comment se présente la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie ?

Le rôle du Parlement est accru, il vote toujours l'Ondam, mais aussi ses sous-objectifs. Ces objectifs s'accompagnent de programmes de qualité et d'efficacité. Parallèlement à l'attribution de compétences élargies au Parlement, l'assurance maladie voit son rôle recentré dans la gestion du système dans un souci de plus grande autonomie. On assiste à une plus forte concentration du pouvoir de décision de l'assurance maladie avec la création de l'Uncam qui représente tous les régimes d'assurance maladie, et aussi une meilleure coordination avec les organismes d'assurance complémentaire réunis dans l'Unocam. Il s'agit d'un meilleur positionnement et d'une meilleure articulation de tous les acteurs dans le respect de chacun.

On s'aperçoit que le rôle du directeur général de l'Uncam, nommé par le gouvernement, est déterminant. Il propose des objectifs, il négocie et signe les conventions avec les professionnels de santé. Mais quelles sont ses relations avec le conseil d'orientation ?

Outre ses fonctions managériales, le directeur de l'Uncam met en œuvre les orientations stratégiques définies par le conseil d'orientation. Il y a désormais un débat sur les orientations qui n'avait pas lieu auparavant. On est passé ainsi d'une gestion au fil de l'eau, avec des décisions qui se juxtaposaient sans beaucoup de visibilité, à la nécessité de discuter et d'arrêter les grandes orientations. C'est un plus indéniable pour l'institution et pour la qualité du débat entre partenaires sociaux.

La part de l'assurance complémentaire est de plus en plus importante dans ce système. Pourrait-elle demander une part plus active dans la gestion du système ?

Un des éléments forts de cette réforme, c'est la prise en compte de l'assurance complémentaire dans l'organisation du système, dans un souci de créer une synergie et non plus une rivalité entre assurance de base et assurance complémentaire. On reconnaît l'importance des régimes complémentaires pour la prise en charge du risque maladie. D'ailleurs, après la mise en place de la CMU-C, on a prévu des aides, qui viennent d'être améliorées, pour l'accès à une assurance complémentaire. Parallèlement, les complémentaires sont incitées à s'inscrire dans une démarche responsable avec le « contrat responsable ». Des mesures dissuasives devraient éviter la prise en charge, par les complémentaires, de prestations jugées peu efficaces du point de vue de la collectivité.

L'assurance complémentaire peut désormais donner un avis dans la gouvernance du système. Si les dépenses

augmentent moins vite qu'auparavant, l'assurance complémentaire y trouve également un avantage. Notre politique de gestion du risque représente la seule alternative crédible à un simple transfert de charge et conserve le principe de cofinancement par l'assurance de base (relevant de l'assurance maladie) et l'assurance complémentaire (le remboursement de l'assurance maladie obligatoire demeurant la règle, en général, pour l'intervention de la complémentaire).

Ne serait-il pas envisageable d'avoir un système, à l'instar de ce qui se pratique dans certains pays étrangers, fondé sur un concept plus systématisé des réseaux ?

En France, tout ce qui concerne la médecine libérale est déterminé au niveau national. Des mécanismes complémentaires peuvent être imaginés et organisés au niveau local pour susciter des initiatives. Le principal défi étant de concilier une régulation efficace au niveau national et une décentralisation au niveau régional et local.

Un des grands principes de la loi d'août 2004 est l'égalité d'accès aux soins. Comment, sans toucher à la libre installation des médecins, pourra-t-on garantir cet accès dans les zones désertifiées ?

Tout d'abord, par la création d'un guichet unique de l'installation, qui devrait permettre aux médecins de disposer de toutes les informations nécessaires aux conditions d'exercice dans toutes les zones géographiques. Ensuite, l'incitation au travail en réseau devrait avoir un impact sur les conditions de travail des médecins dans certaines zones où la densité médicale est faible. Rappelons que notre pays dispose d'un des maillages de l'offre de soins les plus denses d'Europe, et que le problème dans l'immédiat est moins le volume global de praticiens que leur bonne répartition, géographique et entre spécialités.

On peut donc envisager l'avenir de notre système de sécurité sociale avec optimisme ?

On peut dire que les premiers résultats, un an après la mise en œuvre progressive de cette réforme, sont tout à fait encourageants. L'objectif des dépenses est respecté en 2005, les nouvelles instances se sont mises en place, une convention a été signée avec les professionnels de santé et les esprits évoluent. On est au milieu du gué et c'est sur la durée que les choses vont se jouer. Les années 2006-2007 seront décisives. Il s'agit d'enregistrer les résultats et de les consolider, car seule une action volontariste, persévérante et continue permettra de sauvegarder le système. ■

Les dépenses de santé et leur financement

L'amélioration de l'état de santé d'une population provient de dépenses très diversifiées¹.

On peut schématiquement les regrouper en trois parties :

- La première concerne essentiellement la consommation des soins et biens médicaux (CSBM) destinés au traitement curatif, mais la prévention y est liée² ; le préventif destiné à un individu en particulier (vaccination, dépistage, médecine du travail...), et ensuite le préventif collectif, c'est-à-dire une prévention qui s'adresse à toute la population, en sachant qu'un individu peut ne pas être concerné (ainsi les campagnes télévisées sur la transmission du VIH, le contrôle vétérinaire des viandes...).

- La deuxième comprend des dépenses indirectement liées à la santé. Par exemple : les indemnités journalières, ou revenu de remplacement, données par l'assurance maladie lors des arrêts de travail ; des dépenses liées à l'organisation du système de soins, à la recherche et à l'enseignement des professionnels...

- La troisième est plus floue. Ces dépenses participent à l'amélioration des indicateurs de santé, mais de façon collatérale. Elles ont d'autres objectifs premiers et sont situées hors du périmètre santé. Par exemple, l'amélioration des voies de circulation rend les routes plus sûres, raccourcit les temps de transport et améliore ainsi le risque accidentel et ses conséquences sanitaires. L'assèchement des marais dans la plaine du Pô a permis, en éradiquant l'anophèle, de contribuer à faire disparaître le paludisme. Cette rubrique est comptabilisée hors du champ santé.

La première rubrique concerne ce que l'on appelle couramment la consommation « santé ». C'est notre objet.

La consommation de soins et biens médicaux

Cet agrégat provient du compte satellite de la santé, lui-même issu de la Comptabilité nationale. La Comptabilité nationale définit les acteurs économiques, les opérations, et les liens entre eux, construit des tableaux économiques et des agrégats sur l'ensemble de la vie économique d'un pays. Un compte satellite extrait de cette présentation générale et nationale les données nécessaires au domaine qu'il envisage.

Champs de la CSBM

La consommation de soins et biens médicaux comprend les soins hospitaliers produits par le secteur public et

le secteur privé. Cette distinction correspond au mode de financement et rassemble dans le secteur public, à la fois les établissements publics mais aussi les établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier qui sont tous deux financés pour l'essentiel par la dotation globale. Le secteur privé à but lucratif tire son financement, des facturations individuelles, des frais de séjour et des actes médicaux et paramédicaux directement versés aux professionnels. Les soins aux personnes âgées (dépendantes ou non) donnés dans des établissements d'hébergement ne sont plus comptabilisés dans le champ santé mais dans le champ médico-social, en raison du changement de base de la Comptabilité nationale en 2000.

Les soins ambulatoires comprennent les soins de médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, analyses médicales et les soins effectués pendant les cures thermales.

Les transports sanitaires comprennent les ambulances, les véhicules sanitaires légers, les taxis (1/5 du poste) et d'autres moyens (1/25 du poste), pour se rendre à une consultation libérale ou dans un établissement de santé pour permettre à un patient de se rendre chez un professionnel de santé pour des soins.

Les biens médicaux comprennent les médicaments vendus par les officines pharmaceutiques et les pharmacies hospitalières (c'est-à-dire la fourniture des médicaments destinés à des malades non hospitalisés, appelée rétrocession, environ 1/10 de ce poste), et les autres biens médicaux (optiques, prothèses et petits matériels et pansements) (tableau 1).

L'évolution de la CSBM

Globalement, une analyse rétrospective montre la lente croissance de cet agrégat au sein du produit intérieur brut (PIB). Elle est passée de l'ordre de 2,5 % en 1950 à 8,8 % en 2004. Sur cette longue période, la consommation de soins et biens médicaux a progressé à un rythme annuel moyen supérieur de 2,5 points à celui du PIB.

Les facteurs de consommation expliquent cette hausse des dépenses de santé. Elle provient simultanément d'une augmentation de la demande et de l'offre.

Les facteurs de demande concernent :

- le besoin ressenti par les individus et leur croyance en l'efficacité du système de santé ;

- les facteurs psychologiques dépendant du revenu des individus, du niveau d'études, des catégories socio-professionnelles, favorisant la consommation ;

- la protection sociale : par exemple, l'extension de la couverture sociale à 100 % de la population ;

- la démographie : la courbe de consommation d'un individu tout au long de sa vie évolue grossièrement

Dominique Bertrand

Professeur des universités, praticien hospitalier Assistance publique-Hôpitaux de Paris, médecin national de la Mutualité sociale agricole

Stéphane David

Assistant hospitalier universitaire service FMC, AP-HP

1. Bertrand D. « Consommation médicale et économie de la santé ». *Revue du praticien* 2003 n° 53, p. 917-924.

2. Bertrand D., Bréchat P.H. Financement des politiques de santé. Dossier « Politiques et programmes nationaux de santé » *adsp* 2005, 50 : 38-39.

tableau 1

Structure de la consommation de soins et de biens médicaux en valeur

	1995 en %	2004 en %	2004 en milliards d'euros
1. Soins hospitaliers	48,6	44,4	64,3
Publics	32,6	34,4	49,9
Privés	12,4	10,0	14,4
2. Soins ambulatoires	27,3	27,4	36,6
Médecins	13,2	12,8	18,5
Auxiliaires médicaux	5,3	5,8	8,6
Dentistes	6,1	5,9	8,4
Analyses	2,4	2,6	3,4
Cures thermales	0,3	0,2	
3. Transports de malades	1,5	1,8	2,6
4. Biens médicaux	22,6	26,4	38,2
Médicaments	18,8	20,9	30,3
Optique	3,8	5,5	4,0
Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques	0,8	0,9	1,3
Petits matériels et pansements	0,4	1,8	2,6
Consommation de soins et de biens médicaux	100,0	100,0	141,7

Source : Drees

L'analyse de ce champ montre la primauté du secteur hospitalier (1), ainsi que deux ensembles grossièrement équivalents : les soins ambulatoires (2) et les biens médicaux (4).

Deux remarques : tout d'abord, il faut se rendre compte de la complexité de l'analyse économique et savoir que les médicaments se situent bien sûr dans les biens mais aussi dans les soins hospitaliers pour ceux distribués à l'hôpital. Ensuite, le mode de financement et la prise en charge des soins par l'assurance maladie peuvent entraîner des modifications importantes dans la structure CSBM.

en « U » : pendant les cinq premières années de la vie, forte consommation (branche descendante du U) puis une consommation plus faible jusqu'à l'âge de 20 ans, puis une augmentation progressive jusqu'au grand âge. Cela implique que l'espérance de vie à la naissance et l'évolution de la structure par âge de la population vont accroître la demande ;

- le développement des pathologies chroniques, des maladies dites de civilisation ; l'incidence croissante des cancers entraînent des soins longs et coûteux.

Les facteurs d'offre :

L'offre subit deux influences contradictoires : d'une part, une rationalisation de l'offre (organisation et planification du système de soins) orientée vers une régulation des dépenses, d'autre part, le progrès technique qui va accroître fortement le potentiel de soins et de biens offerts.

Les dépenses de la consommation de soins et biens médicaux augmenteront vraisemblablement toujours plus vite sur le long terme que le PIB.

Certaines estimations laissent présager que dans les années 2040-2050, la part des dépenses de santé serait de l'ordre de 13 % du PIB, mais ces prévisions plausibles ont des limites : quelle croissance économique pour le PIB ? quelle population active ? quelle structure démographique future ? quelle espérance de vie ? quels risques médicaux ? quels progrès techniques futurs pour quels gains de dépenses : éradication

de pathologies, amélioration de la prise en charge, émergence de nouvelles pathologies avec quelles conséquences socio-sanitaires... Encore beaucoup d'incertitudes !

La concentration des dépenses de santé

La consommation de soins et biens médicaux par personne et par an s'élève en 2004 à environ 2 350 euros.

Cette moyenne est soumise à de grandes variations. On estime que 1 % de la population consomme environ 40 % des prestations en nature de l'assurance maladie (remboursement de soins). Cette forte concentration des soins de santé est la conséquence des ressources très importantes mises en œuvre pour traiter soit des accidents aigus, soit des pathologies lourdes et coûteuses (mais aussi courte durée d'hospitalisation pour un accident aigu et durée plus longue pour des pathologies chroniques ayant des phases de soins lourds). Ces pathologies lourdes, par exemple les affections de longue durée (ALD), sont prises en charge à 100 % par l'assurance maladie. À côté des ALD, il existe d'autres critères, ou médicaux ou de situations administratives, qui permettent d'obtenir le 100 %.

Financement des dépenses de santé

Les soins et les biens médicaux directement utilisés par les individus sont financés par quatre types d'acteurs :

- les ménages, c'est-à-dire le consommateur lui-même ;
- l'assistance, c'est-à-dire l'État et collectivités locales prenant en charge les personnes non couvertes par l'assurance maladie. Il s'agit essentiellement de la CMU (couverture maladie universelle) et de l'AME (aide médicale gratuite) ;
- l'assurance, qu'il s'agisse des mutuelles (donc sans but lucratif), des assurances privées et les institutions de prévoyance ;
- la solidarité, pour la branche maladie de la Sécurité sociale.

Le financement de la CSBM globale

De façon globale, la sécurité sociale, tous régimes confondus, couvre 76 % des dépenses de santé. Le taux est constant depuis plus de dix ans, mais en raison de la croissance des dépenses de santé et de l'augmentation moins forte des recettes (essentiellement basées sur les cotisations et la contribution sociale généralisée affectée à la santé, proches de la croissance économique), le déséquilibre financier de l'assurance maladie s'accroît. La part des ménages baisse d'un point environ sur dix ans et passe à 9,1 % en 2004.

La part de l'État est stable sur dix ans.

La part des assurances est de 12,9, en constante augmentation dans le temps (les ménages s'assurant pour se prémunir d'une participation trop importante) (tableau 2).

Le financement par secteur

En 2002, la CSBM est financée à 75 % par l'assurance maladie, mais chaque secteur de soins a une structure de prise en charge très différente. Les patients hospitalisés sont le plus souvent pris en charge à 100 % en raison des soins coûteux, ce qui explique une participation de l'assurance maladie de 92,5 % dans le secteur hospitalier. La médecine ambulatoire est moins remboursée par l'assurance maladie. Les ménages augmentent une stratégie de couverture complémentaire (mutuelles et assurances privées...) sur le long terme. Par contre, les biens médicaux offrent un fort contraste entre des remboursements à 100 % pour les médicaments indispensables et des médicaments de confort remboursés à 35 % ou même non remboursés. Cette différence de remboursement tient compte du service médical rendu. En 2005, plus d'une centaine de médicaments passent temporairement à un taux de remboursement de 15 %, en raison d'un service médical rendu particulièrement faible. Les soins dentaires ne sont remboursés qu'à 34 % par la Sécurité sociale.

Conclusion

En plus des prestations en nature, l'assurance maladie propose des prestations en espèces. La répartition étant à peu près de 93 % (prestations en nature) — 7 % (prestations en espèces), l'ensemble de ces prestations correspondent aux dépenses de l'assurance maladie,

hors gestion. Les dépenses croissent plus vite que les recettes. Ces dépenses doivent donc être efficaces, efficientes et utiles pour le patient, chaque professionnel travaillant sur son noyau de compétence, et l'ensemble du système de soins se complétant par des formules de type réseaux qui permettent de fournir de façon appropriée la stratégie de soins et de prévention la meilleure et la moins coûteuse.

Mais la répartition entre les financeurs peut aussi varier dans le temps, selon le service médical rendu ou, plus prosaïquement, l'utilité des soins. Ces points font l'objet de la réforme de l'assurance maladie d'août 2004. ■

tableau 2

Financement de la CSBM globale en 2004 (en %)

Sécurité sociale	76,7
État	1,3
Mutuelles	7,3
Sociétés d'assurance	3,2
Institutions de prévoyance	2,6
Ménages	9,1
Total	100,0

Source : Drees

tableau 3

Financement de la CSBM par secteur en 2004 (en %)

	Hôpital	Médecine ambulatoire	Biens médicaux
Sécurité sociale	92,5	64,1	62,0
État	1,2	1,6	1,3
Mutuelles	2,0	11,3	12,4
Sociétés d'assurance	1,0	5,3	4,3
Institutions de prévoyance	0,9	4,2	3,9
Ménages	2,4	13,5	16,1
Total	100,0	100,0	100,0

Source : Drees

À noter que la France est au 13^e rang des pays développés pour son niveau de prise en charge par la Sécurité sociale.

Le déséquilibre financier de l'assurance maladie : explications des déficits

Jean-François Chadelat

Directeur du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie

Lorsque les médias parlent du déficit de la sécurité sociale, ils parlent en fait du déficit du régime général, et plus spécifiquement du déficit de la branche maladie du régime général. Celui-ci est retracé dans des documents comptables : ce sont les comptes de résultat de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, la Cnamts.

Les déficits de la Cnamts au sens comptable

La Cnamts est un établissement public administratif de l'État qui a été créé par les ordonnances de M. Jeanneney de 1967. Son premier exercice comptable est donc celui de l'année 1968 ; il s'est soldé par un excédent de 211 millions de francs. Dès le compte de résultat de l'exercice 1969, un déficit a été observé.

En théorie cela n'aurait pas dû être possible et aurait dû entraîner l'arrêt du remboursement des dépenses de soins. Mais les ordonnances de 1967 ayant créé un compte de trésorerie unique pour l'ensemble du régime général, les soins ont pu continuer à être remboursés grâce aux excédents des autres branches et en particulier ceux de la branche famille.

Les comptes de la Cnamts des années suivantes ne furent guère meilleurs. Avec le premier choc pétrolier de 1974, la France et les grandes économies mondiales quittèrent l'ère des Trente Glorieuses pour rentrer dans ce qu'il convient d'appeler avec le recul du temps les « Trente Médiocres ».

Ainsi à la crise financière générée par la croissance des dépenses de santé est venue se rajouter une crise d'insuffisance des recettes.

La sécurité sociale a su croître et s'améliorer sans problèmes lorsque la richesse nationale augmentait de façon conséquente (la croissance du PIB en volume entre 1945 et 1975 a été en moyenne de + 6 %). Elle est entrée dans une zone de forte turbulence de 1975 à nos jours, car le PIB en volume est tombé au rythme moyen de +2 %. En d'autres termes, la France, comme tous les pays, sait développer sa protection sociale lorsque la croissance est forte, elle ne sait pas résoudre son problème d'équilibre lorsque la croissance est molle.

Depuis sa création, peu nombreuses ont été les années où la Cnamts n'a pas été en déficit. Encore faut-il noter que lorsque des excédents ont été observés, c'est généralement parce qu'ils résultaient d'un plan de financement. De plus, lorsque l'on examine tous les plans de financement de la sécurité sociale, depuis le premier qui intervint en 1975, force est de constater que c'est très majoritairement une hausse des recettes (cotisations, CSG, taxes diverses) qui a représenté, en masse financière, l'essentiel de l'apport aux comptes.

Dans la période récente, il faut remonter à l'année comptable 1988, il y a dix-sept ans, pour observer un résultat comptable non négatif dans les comptes de la Cnam.

Le déficit, considéré comme record à l'époque, de l'exercice 1995 atteignit 39 702 millions de francs soit 6 053 millions d'euros. Ceux de 2003 (11 105 millions d'euros) et 2004 (11 642 millions d'euros) sont pratiquement deux fois supérieurs.

Le 1^{er} janvier 2002, l'Europe a concrétisé une de ses plus belles réussites, celle du passage à la monnaie unique. L'euro était né. Il faut toutefois faire un reproche inattendu à cette nouvelle monnaie, c'est celui de minorer inconsciemment dans les esprits l'ampleur des abysses financiers dans lesquels l'assurance maladie est tombée. Nous en sommes arrivés à un stade où le terme déficit est à l'évidence insuffisant pour décrire la situation.

Ainsi lorsqu'il est observé fin 2004 un déficit cumulé de 35 milliards que la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) reprend à sa charge en application de l'article 113 de la loi du 13 août 2004, c'est d'euros dont on parle et non de francs ; il faut multiplier par 6,55957. On arrive ainsi à 230 milliards de francs ; psychologiquement, l'impact n'est pas le même.

Bref historique conduisant à la situation actuelle

Le problème des retraites a mobilisé l'attention pendant la législature 1997-2002. Au cours de cette période, peu de choses ont été faites pour rétablir les perspectives financières à moyen terme des retraites. Dès lors, les débats pendant la campagne de l'élection présidentielle ont porté sur l'absolue nécessité d'agir dans ce domaine. Ils ont occulté presque totalement la gravité de la situation de l'assurance maladie.

Il est une création qui mérite d'être plus que soulignée : il s'agit de celle du Conseil d'orientation des retraites (COR) par le décret 2000-393 du 10 mai 2000.

Les projections, travaux et analyses conduits par le COR ont amené à la création de son symétrique pour l'assurance maladie. C'est ainsi qu'a été installé par le Premier ministre en octobre 2003 le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM).

Le besoin de disposer d'un organisme comme le HCAAM était encore plus fort que dans le domaine des retraites. En effet, la réforme des retraites qui a été concrétisée par la loi 2003-775 du 21 août 2003 a été précédée par la production d'une dizaine d'études et de rapports au cours des quinze années précédant le vote de la loi, le rapport Tabbah-Ruellan de 1988 pouvant être considéré comme le premier de la série. Ces rapports

sur les retraites ont démontré et fait reconnaître par tous les acteurs le besoin de financement à moyen et long terme de l'assurance vieillesse. Ce besoin est considérable, il a été chiffré, selon l'horizon des projections, entre 4 et 6 points de PIB.

Dans le domaine de l'assurance maladie, non seulement un tel chiffrage faisait défaut, mais de plus, en dehors des spécialistes de la question, très peu de personnes avaient conscience que le déséquilibre était d'une ampleur au moins égale à celle des retraites.

Le très grand mérite du premier rapport du HCAAM, rendu public en janvier 2004, a été de faire ce calcul et de le faire accepter par la totalité des 53 membres de cette instance.

L'analyse du rapport du HCAAM de janvier 2004

En premier lieu, le rapport fait ressortir qu'au cours des quarante dernières années, les dépenses de soins ont augmenté en moyenne à un rythme supérieur de deux points à la croissance de la richesse nationale. Ainsi mécaniquement les dépenses de santé sont passées de 3,5 % du PIB en 1960 à 8,9 % en 2002.

Le rapport considère que, même si ce rythme devait être amené à se modérer quelque peu, la croissance spontanée des dépenses de santé devrait rester significative et se situer entre un et deux points au-dessus de l'évolution de la richesse nationale.

En retenant une hypothèse moyenne de 1,5 point, le déficit annuel de l'assurance maladie atteindrait 29 milliards d'euros en 2010 et 66 milliards d'euros en 2020.

Sur une telle base de projection le rapport montre que si l'on s'en remettait à la seule augmentation des recettes, cela aboutirait à doubler la CSG, dont le taux passerait de 5,25 points à 10,75 points à l'horizon 2020. Si, à l'inverse, on décidait de s'en remettre exclusivement à une baisse des remboursements cela obligerait à diminuer de 21 points le taux moyen de prise en charge des dépenses de santé par les régimes de base de l'assurance maladie obligatoire. Il tomberait ainsi de 76 à 55 %.

Ni l'une ni l'autre de ces deux hypothèses extrêmes ne sont bien entendu acceptables. La première parce qu'elle provoquerait une telle tension sur les prélèvements obligatoires que l'on assisterait à un effet d'éviction massif au détriment des autres besoins collectifs. La seconde parce qu'une telle chute des taux de remboursement remettrait en cause les principes d'universalité, de solidarité et d'égalité qui sont le fondement même de l'assurance maladie, comme l'a d'ailleurs fort opportunément rappelé l'article premier de la loi du 13 août 2004.

Des dépenses de santé aux dépenses d'assurance maladie

La crise financière que connaît depuis plus de trente ans l'assurance maladie a conduit à une injection massive de recettes supplémentaires. Cette situation devenant

de plus en plus difficile à gérer, on commença à se poser la question du taux de croissance des dépenses.

On passa ainsi de la recherche d'un rééquilibrage ponctuel à celui d'un rééquilibrage dans le temps. Le problème a été translaté de la notion d'équilibre statique à la notion d'équilibre dynamique.

Le premier plan de financement à avoir retenu cette notion est le plan de Jacques Barrot en 1979, qui traita du taux directeur hospitalier. C'est-à-dire du taux de croissance des dépenses d'hospitalisation.

Au début des années quatre-vingt-dix, le ministre de la Santé Claude Evin fit apparaître la notion d'objectif quantifié national (OQN). Même si cette nouvelle notion se limitait à un horizon à court terme, elle avait l'immense mérite de raisonner sur la maîtrise du taux d'évolution des dépenses. L'OQN s'appliqua progressivement à l'ensemble des professions de santé à l'exception des médecins (les premiers concernés ont été les actes de biologie et les dépenses des cliniques privées).

Le plan Juppé, annoncé devant l'Assemblée nationale le 15 novembre 1995, se traduisit juridiquement par les ordonnances d'avril 1996. Celles-ci firent apparaître une nouvelle notion, mais qui était l'héritière directe des OQN ; il s'agit de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie, l'Ondam.

Il n'est pas forcément utile de disserter sur l'opposition entre maîtrise comptable et maîtrise médicalisée, beaucoup l'ont déjà fait. Même si la deuxième relève d'une application plus raisonnée que la première, il faut remarquer que dans les deux expressions il y a un facteur commun : le mot « maîtrise ».

Il est en revanche beaucoup plus fondamental de poser la question suivante : Doit-on maîtriser les dépenses de santé ou les dépenses d'assurance maladie ?

La démonstration faite par le HCAAM montre que, pour parvenir à la seconde, il faut inévitablement réussir la première. Vouloir contenir les seules dépenses d'assurance maladie reviendrait à réduire progressivement son rôle dans des proportions telles que la situation qui en résulterait serait inacceptable à tous points de vue.

Même, si, comme le dit le rapport du HCAAM et comme le posent nombre d'articles de la loi du 13 août 2004, il est nécessaire de chasser les fraudes, les abus, les gaspillages, et de mettre en place une meilleure organisation de l'assurance maladie, celui-ci montre que cette opération ne peut à elle seule résoudre dans la durée le problème du déséquilibre financier.

L'évolution des dépenses de santé, responsable du déficit

Comme nous avons pu l'expliquer plus haut, le déficit doit se comprendre en terme dynamique. Le déficit naît de ce que l'on a coutume d'appeler l'« effet de ciseaux », c'est-à-dire d'une divergence entre le taux d'évolution des dépenses et le taux d'évolution des recettes.

Les recettes de l'assurance maladie sont directement fonction de la masse salariale qui sert d'assiette aux cotisations et qui est très majoritaire dans l'assiette de la

CSG. Or l'évolution de la masse salariale est grandement fonction de l'évolution de la richesse nationale.

Ainsi, lorsque le PIB évolue favorablement, le différentiel d'accroissement recettes/dépenses peut être limité. Lorsque la croissance est faible ou très faible, l'effet de ciseaux s'aggrave.

Les travaux de la Cnamts et du HCAAM sont parfaitement convergents dans leurs analyses. Mais la conclusion à laquelle ils arrivent est que le contexte économique n'explique qu'un tiers des déficits.

Comme le montrent les Comptes de la santé, la part des dépenses de santé prise en charge par la sécurité sociale est globalement très peu variable dans le temps depuis vingt ans.

Ainsi, le responsable principal du déficit de l'assurance maladie est la branche haute des ciseaux. C'est-à-dire l'évolution des dépenses de santé.

Les causes de l'évolution des dépenses de santé

Contrairement à ce qui se passe dans le domaine de l'assurance vieillesse, ce sujet est très difficile à traiter.

Le cadre réglementaire qui définit le calcul des pensions de retraite, les modalités d'indexation et surtout les projections démographiques correspond à des données sur lesquelles il n'est pas particulièrement difficile d'effectuer des projections, fût-ce à très long terme.

Les retraités de 2045 sont déjà en âge d'activité et ceux de 2065 sont déjà nés. De surcroît, l'espérance de vie à la retraite, qui est actuellement d'environ vingt ans, évolue de façon très régulière. Dans ces conditions, il n'est guère difficile pour un actuaire et un démographe de prévoir la charge des dépenses d'assurance vieillesse à un horizon aussi lointain que quarante années.

Il en va tout autrement des dépenses de santé. On peut faire des hypothèses, essayer de dégager des tendances de fond, mais cet exercice est d'une fiabilité toute relative et surtout ne peut être projeté qu'à des horizons beaucoup moins éloignés.

Qui plus est, sur le très court terme, des mouvements plutôt erratiques n'arrivent guère à être expliqués même *a posteriori*.

Les explications sur l'emballlement des dépenses des années 2001-2003 sont parcellaires. La croissance très modérée que l'on connaît depuis la fin 2003 est expliquée par les spécialistes comme étant principalement due à l'effet psychologique de la réforme qui vient d'être adoptée, avant même son entrée en vigueur.

La plus grande humilité est donc de rigueur lors de l'analyse de l'évolution des dépenses de santé. Nous ne sommes pas à l'abri de mauvaises surprises, comme nous pouvons tout au contraire en avoir d'heureuses.

Les quatre grands facteurs d'évolution des dépenses de santé

Il est tout à fait normal, lorsqu'un pays s'enrichit, de voir la consommation des ménages se déporter des besoins élémentaires, comme l'habillement, la nourriture, le logement, vers des besoins de services, et

parmi ceux-ci les services de santé. Les macro-économistes, pour décrire cette situation, utilisent un terme compliqué mais néanmoins explicite : les dépenses de santé sont un élément de la consommation finale marchande des ménages.

La plupart des économistes de la santé dégagent quatre principaux facteurs explicatifs, tout en reconnaissant que la part non explicable est au moins aussi importante que la part explicable, étant entendu que la part explicable est quand à elle difficilement mesurable avec précision :

- Le premier facteur est l'augmentation de l'offre de soins.
- Le second est le vieillissement de la population.
- Le troisième est le progrès médical.
- Le quatrième est l'augmentation de la demande de soins.

Ce quatrième facteur mérite que l'on s'y attarde davantage, car il combine certains des effets des trois autres.

Comme le disent les macro-économistes, la consommation de soins de santé est un élément de la consommation des ménages. Or force est de reconnaître que le monde actuel doit être considéré comme un monde de consommation, ou en tout cas un monde où la consommation est totalement différente de celle des années soixante. Lorsque l'on sait que la dépense de santé d'une personne de 70 ans est près de cinq fois supérieure de celle d'une personne de 30 ans, on note que la personne de 70 ans aujourd'hui avait 30 ans en 1965 — ses habitudes de consommation sont donc moindres. On comprend que le trentenaire de 2005 qui aura 70 ans en 2045 aura des exigences de consommation beaucoup plus fortes. Il demandera à bénéficier des dernières avancées du progrès médical, et il n'y a aucune raison objective de les lui refuser.

Sommes-nous condamnés à crouler sous le poids des dépenses de santé dans les décennies à venir ? Cela n'est pas nécessairement une fatalité. Mais il est indispensable que tous les acteurs de ce gigantesque mécanisme prennent conscience que les besoins étant infinis et les ressources finies par nature, ce qui sera dépensé dans ce domaine ne pourra pas l'être dans d'autres.

C'est à chacun, qu'il soit professionnel de santé, assuré social, homme politique ou partenaire social, de prendre ses responsabilités. De la responsabilisation de chacun dépendra la responsabilisation de l'ensemble. Alors, maîtrise et régulation pourront être obtenues.

La base même de la loi du 13 août 2004 repose sur ce principe fondamental et incontournable : la responsabilisation.

Comme M. Douste-Blazy l'a dit lui-même, c'est un enjeu vital mais c'est aussi un pari. On doit espérer, et tout faire, pour que ce pari soit gagné. ■