

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. ■