



Bouclier sanitaire : à la recherche de la solidarité perdue !

Le bouclier sanitaire améliorerait-il la prise en charge financière des patients atteints de maladies chroniques ?

Aujourd'hui, les régimes obligatoires d'assurance maladie remboursent un peu plus des trois quarts (75,5 % en 2008) de la consommation annuelle de soins et de biens médicaux. C'est naturellement positif. Il n'en demeure pas moins que restent à la charge des ménages, directement ou *via* une assurance maladie complémentaire, plus de 40 milliards d'euros par an, soit en moyenne près de 850 euros par adulte de 20 ans et plus. Ce montant peut varier très sensiblement d'une personne à l'autre, y compris pour les personnes en ALD. Depuis la réforme de 2004, il s'est considérablement aggravé, en particulier la part finale à la seule charge des ménages, après remboursement des régimes obligatoires et complémentaires d'assurance maladie.

Si un système de protection sociale laisse un reste à la charge des ménages en cas de maladie, comme c'est le cas en France, celui-ci ne doit-il pas être équitablement distribué et ne pas être individuellement excessif ? Rechercher l'équilibre des comptes en aggravant les restes à charge, mais aussi en imposant les ménages *via* la taxation de leurs garanties complémentaires santé, est-ce solidaire et équitable ?

Dès lors, la problématique du bouclier sanitaire introduite par Martin Hirsch en 2007 prend une dimension nouvelle au regard de la solidarité et de l'équité. La mise en œuvre d'un tel dispositif est-elle susceptible de renforcer notre système de protection sociale en santé ?

Le système de protection sociale français en cas de maladie repose sur le principe bien connu selon lequel chacun contribue en fonction de ses moyens et reçoit en fonction

de ses besoins. Mais à partir du moment où l'on considère qu'il ne faut plus augmenter les cotisations sociales et les impôts, le reste à charge devient un outil essentiel de la maîtrise du déficit de l'assurance maladie.

Augmenter les restes à charge pour ne pas augmenter les recettes de l'assurance maladie revient à faire contribuer financièrement les ménages en fonction de leurs besoins et non pas de leurs moyens

D'après les comptes de la santé, entre l'année 2004, année de la dernière réforme de l'assurance maladie, et l'année 2008, le reste annuel à la charge des organismes complémentaires et des ménages a augmenté de 8,3 milliards. Cette progression en quatre ans est considérable. Elle est à comparer avec celle observée en huit ans, de 1996, année de la réforme Juppé, à 2004, soit 9,2 milliards. Autrement dit, en quatre ans, le reste à charge annuel a presque autant progressé qu'au cours des huit années précédentes.

La réforme de 2004 et les mesures prises les années suivantes ont introduit une seconde rupture. Alors qu'entre 1996 et 2004 plus de 70 % de l'accroissement du reste à charge étaient supportés par les organismes complémentaires, entre 2004 et 2008, les ménages ont assumé seuls directement la moitié de cette augmentation, soit 4,1 milliards. Dans son rapport de 2008, la Cour des comptes a souligné la nouveauté de cette situation où les transferts de l'assurance maladie obligatoire pèsent d'abord sur les ménages.

À la progression des dépassements et des déremboursements sont venus s'ajouter, et

Bertrand Garros

Conseiller santé-protection sociale, mutuelle Prévadiès, membre du bureau de la Conférence nationale de santé

singulièrement depuis 2004, tous les forfaits et franchises nés au fil des différents plans de maîtrise des dépenses de l'assurance maladie, dont certains non remboursables par la quasi-totalité des contrats de complémentaires santé (contrats « solidaires et responsables ») : forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire de 1 euro sur les consultations, forfait de 18 euros sur les actes supérieurs à 91 euros, franchise sur les médicaments, les actes d'auxiliaires médicaux et les transports sanitaires, moindre remboursement hors du parcours de soins.

Pour réduire le déficit annuel de 11,7 milliards en 2004 à 4,1 milliards en 2008, le choix a donc été fait d'accroître très significativement le reste à charge des assurés sociaux et non pas d'accroître d'autant les recettes de l'assurance maladie. Comptablement, le résultat peut sembler le même, mais par rapport aux valeurs de notre système d'assurance maladie, il en va autrement. En effet, la contribution au financement de l'assurance maladie par l'accroissement du reste à charge instaure pour les assurés sociaux une sorte de contribution « arrière », à l'instar des marges arrières qui existent dans la grande distribution. Les assurés sociaux ne contribuent plus, comme pour les recettes, en fonction de leurs moyens, mais directement en fonction de leurs besoins, indépendamment de leurs revenus, sauf pour les plus pauvres.

C'est d'autant plus vrai que les mécanismes d'acquisition d'une complémentaire santé ne prennent pas en compte les revenus des personnes concernées, hormis dans certains cas de mutuelles de la fonction publique ou dans quelques contrats collectifs d'entreprises. À garantie égale, la protection sociale complémentaire pèse d'autant plus lourd que le revenu est bas. D'après le Fonds CMU, entre 2004 et 2008, les cotisations complémentaires santé annuelles, hors contribution CMU-C, ont augmenté de 5,9 milliards pour faire face à l'inflation médicale et au vieillissement de la population, mais aussi aux transferts de charge et, à la progression des dépassements.

Si l'on ajoute à ces 5,9 milliards les 4,1 milliards restant au final à leur charge après interventions des régimes obligatoires et complémentaires, ce sont ainsi 10 milliards supplémentaires annuels qui ont été demandés aux ménages. En pesant davantage sur les plus bas revenus et sur les plus malades y compris en ALD, cet effort met à mal nos valeurs de solidarité. Il rend l'accès aux soins plus difficile, aggrave aussi sans aucun doute les

difficultés financières de nombre de ménages obligés d'emprunter, comme en témoignent les enquêtes du CISS ou de la Ligue contre le cancer.

Depuis 2009, le financement de la couverture complémentaire des plus pauvres (CMU-C) ne relève plus de la solidarité nationale mais d'un prélèvement pesant sur les garanties complémentaire santé, tout comme la future taxe de 3,5 %

Pour mesurer l'effort demandé aux ménages, de façon non solidaire, sans tenir compte de leurs ressources, il ne suffit pas de s'intéresser au reste à charge. Il faut aussi considérer les charges qui ont été rajoutées, ou qui vont l'être, par l'intermédiaire de contribution ou de taxe assises sur leurs cotisations en complémentaire santé : contribution CMU ou future taxe sur les conventions d'assurance.

Depuis 1999, les personnes ayant les plus bas revenus ont droit à une protection complémentaire santé « gratuite », la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Les dépenses correspondantes sont prises en charge par un organisme dédié : le Fonds CMU. Il existe aussi, gérée par le même fonds, une aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire pour les personnes dépassant le seuil de revenus permettant de bénéficier de la CMU-C.

En 2004, le Fonds CMU était financé par une dotation de l'État dépassant 1 milliard et par une contribution des organismes complémentaires d'assurance maladie de 291 millions. Autrement dit, l'essentiel de la solidarité envers les plus démunis en matière de couverture complémentaire relevait de la solidarité nationale dans le cadre de l'impôt.

Mais depuis 2009, le financement de la CMU-C est intégralement supporté par une « contribution » de 5,9 % imposée uniformément sur le montant des cotisations des garanties complémentaire santé. Autrement dit, cet effort de solidarité envers les plus démunis, dont le principe n'est pas discutable, est désormais totalement inéquitable dans ses modalités puisqu'il pèse sur les ménages de façon inversement proportionnelle à leurs revenus. Plus vous êtes riche, moins l'effort est important ! En 2009, 1,8 milliard a ainsi été prélevé sur les ressources des ménages.

Probable nouvelle « avancée » en 2011, avec l'assujettissement de la quasi-totalité des garanties complémentaires santé à une taxe de 3,5 %. Le rendement attendu est de 1,1 milliard, une nouvelle fois prélevé sur

les ménages totalement indépendamment de leur capacité contributive.

L'instauration d'un bouclier sanitaire n'est pas, aujourd'hui, la meilleure réponse pour renforcer la solidarité et l'équité de notre système de protection sociale en santé

L'aggravation des restes à charge depuis 2004, y compris pour les personnes ayant une affection de longue durée, n'est sans doute pas étrangère à la proposition en 2007 d'instaurer un bouclier sanitaire. Il ne fait pas de doute que plafonner l'engagement financier des ménages à un certain niveau limiterait *de facto* leur reste à charge. À deux conditions. La première concerne les dépenses à considérer. Dans la détermination du plafond, il faut inclure certaines dépenses non reconnues par l'assurance maladie, en particulier les dépassements.

Les dépassements correspondent au surplus d'honoraires ou de tarifs au-delà du tarif de responsabilité reconnu par l'assurance maladie. Pendant longtemps cantonnés aux soins dentaires, aux équipements optiques et audio-prothétiques, ainsi qu'à d'autres types d'appareillage ou de matériel, les dépassements concernent de plus en plus les honoraires médicaux depuis la création du secteur 2 en 1980. En 2006, les dépassements représentaient ainsi environ 29 % du total des dépenses non remboursées par l'assurance maladie obligatoire, dont 2,1 milliards concernaient des honoraires médicaux, 3,5 milliards des soins dentaires et 4,5 milliards les produits et appareillages (hors dentaire). Exclure les dépassements du bouclier sanitaire reviendrait donc à vider ce dispositif d'une bonne partie de son intérêt. Pour autant, il est évident qu'il n'est pas possible d'intégrer les dépassements tels quels. L'instauration d'un bouclier sanitaire nécessite donc au minimum un encadrement de ces dépassements, voire leur suppression dans une logique de remise à plat des nomenclatures.

La seconde condition porte sur la prise en compte du revenu dans la détermination du plafond. L'argument pour un plafond uniforme consiste à considérer que moduler les restes à charge en fonction des revenus n'est pas conforme aux principes de 1945 : contribuer selon ses moyens, recevoir selon ses besoins. En fait, le respect de ce principe suppose que les recettes progressent en fonction des besoins. Quand les recettes sont bloquées et que l'aggravation du reste à charge sert à la régulation du déficit, on change



Les maladies chroniques

de situation. Les éléments présentés précédemment mettent clairement en évidence le caractère inéquitable de cette contribution « à rebours » des ménages. Pour rétablir de la solidarité et de l'équité, le bouclier sanitaire doit donc tenir compte des revenus. C'est une façon en effet de refaire contribuer les ménages en fonction de leurs moyens et non pas, comme actuellement, en fonction de leurs besoins.

Un bouclier sanitaire fonction des revenus aurait donc pour résultat de corriger tout ou partie des ruptures de solidarité et de l'inéquité grandissante des restes à charge. Il s'agirait d'un dispositif correcteur de la situation actuelle. Naturellement, ne rien faire n'est pas la solution. Pourtant, il y aurait un paradoxe certain à laisser s'installer des restes à charge insupportables et à instaurer ensuite un bouclier sanitaire pour en atténuer l'impact. Au lieu de vouloir remettre de la solidarité et de l'équité en aval, il faut agir en amont et

retrouver la logique de 1945 pour éviter des niveaux de restes à charge qui compromettent solidarité et équité.

En définitive, si on ajoute les 4,1 milliards d'aggravation du reste directement à la charge des ménages, aux 5,9 milliards d'augmentation de cotisation des complémentaires, au 1,8 milliard de la contribution CMU-C et au 1,1 milliard de la future taxe sur les garanties, les charges annuelles des ménages en matière de santé se sont alourdies depuis 2004 de près de 13 milliards. Pour l'essentiel, cette ponction est indépendante de leurs capacités contributives. Elle est la marque d'une nouvelle approche, pour ne pas dire d'une nouvelle politique. S'interroger sur le bouclier sanitaire permet sans doute de mieux appréhender la complexité et la relative inadaptation des règles d'exonération actuelles ainsi que leurs lacunes, en particulier pour les assurés sociaux en ALD ou atteints d'une maladie chronique. Mais en cherchant à remédier

à des pertes de solidarité, la question du bouclier renvoie à une dimension beaucoup plus globale, celle de la politique de protection sociale. Instaurer un bouclier, qui plus est sans prendre en compte les dépenses non reconnues par l'assurance maladie et sans tenir compte des revenus, c'est faire du palliatif. Plutôt que de toujours ajouter au fil de l'eau des garde-fous, ne vaudrait-il pas mieux repenser à la base non pas les valeurs mais les modalités d'application de la protection sociale en santé, ses modalités de financement, son organisation et son efficacité, ses choix stratégiques, la nature et l'importance des contributions demandées aux ménages, la manière de contracter avec les professionnels de santé, etc. ? Préparer durablement l'avenir en restant fidèle aux valeurs de 1945, mais en tenant compte des réalités d'aujourd'hui, c'est se donner les moyens de préserver la solidarité en limitant les restes à charge... pour ne plus avoir besoin de bouclier sanitaire. 🐦