



# **POUR EN FINIR AVEC LA DETTE : DÉFINIR UNE VOIE DE RÉFORME POUR L'ASSURANCE MALADIE**

**Emmanuel Roux**

Avril 2007

---

Les Notes de l'Institut

Institut de  
l'entreprise

**POUR EN FINIR AVEC LA DETTE :  
DÉFINIR UNE VOIE DE RÉFORME  
POUR L'ASSURANCE MALADIE**

**Emmanuel Roux**

Avril 2007

© Institut de l'entreprise, 2007

Tous droits de reproduction, de traduction, d'adaptation et d'exécution  
réservés pour tous les pays

Directeur de la publication : Jean-Pierre Boisivon, Délégué général de l'Institut de l'entreprise

# Sommaire

---

<b>Résumé</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Rompre avec la facilité de la dette</b> .....	<b>13</b>
L'explosion des besoins de financement .....	13
Le choix de la facilité .....	16
Les insuffisances du système de santé .....	17
<b>2. L'impact limité des réformes</b> .....	<b>19</b>
<b>3. Les problèmes non résolus de l'assurance maladie</b> ...	<b>21</b>
Des ressources trop dépendantes des salaires et des décisions de l'Etat .....	21
Un système structurellement inflationniste dépourvu de mécanismes de maîtrise ..	25
Des marges d'économies et de productivité très importantes .....	28
Le faible encadrement des comportements .....	34
Une réforme de la gouvernance qui ne règle pas les questions de pilotage et de dialogue conventionnel .....	40
<b>4. Quelques enseignements étrangers</b> .....	<b>43</b>
Abolir le monopole de l'assurance maladie et dissocier les prises en charge : vertus et limites de la concurrence entre acheteurs de soins .....	43

<b>5. Les voies d'une réforme en profondeur de l'assurance maladie</b> .....	<b>51</b>
Corriger les défauts des prélèvements sociaux et stabiliser les ressources .....	51
Imposer des mesures de rééquilibrage en temps réel .....	52
Renouveler la participation financière des assurés pour plus d'équité et d'efficacité .....	53
Mener à son terme la réforme des établissements de santé .....	57
S'appuyer sur la nouvelle donne démographique pour engager la négociation d'un nouveau pacte avec les professions de santé libérales .....	58
Mettre en place un pilotage global du système de santé véritablement efficace ....	61
<b>Conclusion</b> .....	<b>65</b>
<b>L'auteur</b> .....	<b>67</b>

# Résumé

## La réforme différée par la dette

Les dix dernières années ont été marquées par une crise quasi ininterrompue du financement de l'assurance maladie et par le choix du recours à la dette comme mode de gestion politique et financier des déséquilibres financiers. Le souci prioritaire fût tout à la fois de trouver les ressources manquantes en alourdissant le moins possible les prélèvements obligatoires et d'éviter d'avoir à réformer en profondeur un système de santé dont la crise de 1995 avait montré les conséquences politiques. Chaque transfert de déficit vers la caisse d'amortissement de la dette sociale (110 Md€ repris depuis 1995) peut donc être perçu comme un sauvetage conjoncturel. Dans le même temps, les insuffisances de notre système ont perduré : l'offre sanitaire est mal répartie, l'organisation des soins manque d'efficacité, les responsabilités sont mal exercées et le financement et les pratiques restent éloignés de véritables objectifs de santé publique. Le recours à la dette n'est donc pas seulement la conséquence des échecs passés. Il en est aussi la cause. Il n'a pas seulement obéré nos marges de manœuvre, il a contribué à repousser les vraies réformes. Or, les prévisions financières pour les années à venir (issues de la commission Pébereau ou du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie) montrent que nous aurons des contraintes fortes de financement (vieillesse, progrès médical) et qu'il n'est plus possible de différer une vraie réforme si nous voulons être fidèle au principe de solidarité.

Que penser de la réforme de 2004 ? Elle contient certes quelques avancées en matière de gouvernance et de clarification des responsabilités avec la création de la haute autorité de santé, de l'union nationale des caisses d'assurance maladie et les pouvoirs renforcés de la CNAMTS. Mais ses effets structurels restent partiels, en raison des choix qui ont été faits pour organiser le recours à la médecine de ville. A court terme, l'amélioration des comptes a été obtenue par des prélèvements importants, un alourdissement de la participation des assurés et un endettement record. La décélération des dépenses de soins de ville reflète en réalité le retour à un rythme d'augmentation

conforme aux tendances de fond après l'envolée du début de la décennie. Entre la panoplie des mesures classiques et l'attente d'effets structurels lointains et aléatoires, la loi d'août 2004 n'a pas su définir une voie de réforme susceptible de satisfaire à un double objectif d'efficacité et de justice.

## **Réformer l'assurance maladie suppose d'abord d'identifier les problèmes non résolus par la réforme de 2004**

### **Les ressources de l'assurance maladie présentent de nombreuses fragilités qui biaisent toute discussion sur son équilibre financier**

Le poids des ressources assises sur la masse salariale conduit à un effet procyclique très élevé en cas de retournement de conjoncture. Le taux et l'assiette des prélèvements sociaux souffrent de nombreuses incohérences et conduisent à d'importantes pertes de recettes. La compensation des allègements de cotisations sociales reste partielle. Les impôts et taxes qui devraient revenir par nature à l'assurance maladie ne lui sont pas intégralement affectés ou servent à financer les allègements de charges. Les dettes de l'Etat envers la CNAMTS sont payées avec une très grande lenteur, ce qui génère des charges financières croissantes. Ces fragilités aboutissent à des pertes de recettes qui se chiffrent en centaines de millions d'euros, voire en milliards d'euros !

### **Le système de santé, structurellement inflationniste, est dépourvu de mécanismes de maîtrise**

Le financement public des dépenses de santé n'obéit à d'autres limites que la satisfaction de besoins de santé. Comment en effet limiter ou borner ceux-ci, dès lors qu'ils correspondent à l'exercice de droits sociaux fondamentaux ? La santé est un bien supérieur dont les dépenses s'accroissent plus vite que la richesse nationale : 2,5 points en moyenne au-dessus du PIB sur ces quarante dernières années (3,3 en 2003). Ce constat n'est pas propre à la France. La part des dépenses de santé en pourcentage du PIB augmente dans tous les pays de l'OCDE. La satisfaction de nos besoins de santé est fondée en outre sur un principe de liberté : de consulter pour les usagers, de prescrire et de s'installer pour les professions de santé. Le mode de rémunération des professions de santé, en ville mais aussi pour une part à l'hôpital reste régi par le principe du paiement à l'acte, inflationniste par nature puisque le revenu des professions

de santé est étroitement lié au volume de leur activité. Le « ticket modérateur » ne joue pas son rôle en raison de la généralisation des couvertures complémentaires. Tous les mécanismes de maîtrise de l'évolution des dépenses mis en place depuis le début des années quatre vingt dix sont restés sans effet, en l'absence de mécanismes de régulation permettant, en ambulatoire et à l'hôpital, de respecter les objectifs annuels de dépenses votés par le Parlement. Le primat accordé aujourd'hui à la « maîtrise médicalisée » (améliorer l'efficacité et optimiser les dépenses), qui constitue un pari sur les comportements vertueux, ne permet pas de corriger très rapidement l'apparition de déséquilibres.

### **Des marges d'économies et de productivité qui sont importantes**

En matière de consommation de soins, notamment pour les consultations et le médicament, les pratiques françaises sont atypiques par rapport aux pays de l'OCDE : nous consultons et consommons beaucoup plus de médicaments que la plupart de nos voisins (c'est encore vrai pour les antibiotiques). La prise en charge intégrale des dépenses de santé n'est pas justifiée dans tous les cas. Elle est sans rapport avec la capacité contributive des assurés et n'est pas garante d'une prise en charge médicale optimale. Le secteur de la santé abrite en outre de nombreuses rentes de situation (officines, laboratoires). Le champ hospitalier recèle des marges de progression dans la maîtrise des coûts et les gains de productivité.

### **Les comportements restent faiblement encadrés**

Pour les usagers, la réforme de 2004 a tenté de structurer davantage leur recours à la médecine de ville autour du « parcours de soins » avec des honoraires des médecins plus élevés et des remboursements plus faibles pour les patients qui s'en écarteraient. Mais la réforme n'a pas fondamentalement changé l'organisation des soins. Peut-on en effet améliorer la prise en charge des malades sans toucher l'offre de soins elle-même ? La réforme s'est traduite essentiellement par une complexité supplémentaire, un renchérissement des soins sans contrepartie véritable.

Côté professions de santé, les modes d'organisation sont restées pratiquement inchangées depuis trente ans, dans un contexte de progrès technique évoluant très rapidement. Tout encadrement des comportements (volume d'honoraires et de prescriptions, contrôle des pratiques, restrictions à la liberté d'installation,

répartition des interventions entre soignants, gardes, etc) est vécu comme une insupportable atteinte aux principes fondateurs de 1926. Les caisses d'assurance maladie sont réduites au mauvais rôle de bureaucrates tatillons acquis à la « maîtrise comptable » et cherchant à remettre en cause le « colloque singulier » du médecin et de son patient. Les médecins-conseils de l'assurance maladie ont beau mettre à jour les errements des pratiques, le financeur public n'a rien à exiger ! Malgré des ambitions réformatrices parfois courageuses, tous les gouvernements ont fini par reculer devant les professions de santé. En dépit d'une situation économique favorable, il n'a jamais été réellement possible de satisfaire à des contraintes minimales d'organisation et de régulation.

### **Le pilotage du système de santé reste dispersé**

Dotée depuis 2004 de compétences nouvelles et renforcées pour mener une vraie « gestion du risque », l'assurance maladie reste pour l'essentiel étrangère à la régulation des deux secteurs les plus dynamiques en termes de dépenses : le médicament et les établissements de santé, soit les deux tiers du total des dépenses d'assurance maladie. Pour le médicament, elle ne décide en effet ni de l'admission sur le marché, ni de la fixation du prix ni du tarif de remboursement. Dans le cadre de l'hôpital, elle paye ce qu'on lui demande de payer sans pouvoir vérifier les factures, sans un droit de regard sur l'activité de l'établissement et sans contrôle sur les médecins hospitaliers. En outre, l'assurance maladie ne dispose pas de relais suffisants sur le plan local. On connaît les critiques maintes fois formulées de l'enchevêtrement des compétences au niveau régional où l'assurance maladie ne dispose par ailleurs d'aucun échelon véritable. Il n'y a pas l'équivalent des agences régionales de l'hospitalisation pour les professions de santé intervenant en ville.

## **Définir une voie de réforme pour l'assurance maladie**

### **Corriger les défauts des prélèvements sociaux**

L'augmentation des prélèvements sociaux ne réglera aucunement les défaillances, nombreuses, de notre système de soins. La réforme des prélèvements exige surtout, en France, qu'on donne à l'assurance maladie des ressources stables et complètes. Quatre principes doivent guider toute réforme : rendre les ressources moins sensibles aux fluctuations de la masse salariale, au moyen

notamment d'une fiscalisation accrue ; corriger les multiples incohérences d'assiette et de taux de la CSG ; affecter à l'assurance maladie les ressources qui lui reviennent par nature, et enfin, rendre impératif au profit de l'assurance maladie le principe de neutralité financière et comptable des décisions de l'Etat.

### **Imposer des mesures de rééquilibrage en temps réel**

Il faut à tout prix éviter l'enlisement dans le déficit qui mobilise les énergies au détriment des vraies questions sanitaires et rend inéluctable le grossissement de la dette sociale. Des instruments existent pour corriger les déséquilibres, il faut les utiliser !

### **Rendre plus équitable et plus efficace la participation financière des assurés**

La recherche de l'équilibre financier est inséparable d'une réflexion sur le mode de participation des assurés. Les modalités de prise en charge des dépenses de santé ne sont pas complètement satisfaisantes. De plus en plus de personnes voient leurs dépenses intégralement prises en charge alors que d'autres ont un reste à charge très important. La qualité de la couverture complémentaire est très dépendante du revenu alors même que le reste à charge a tendance à s'alourdir. Peut-on encore continuer à ignorer la capacité contributive des assurés ? Il serait sans doute plus simple, moins coûteux et plus équitable de remplacer l'ensemble des dispositifs de prise en charge intégrale des dépenses (CMUC, ALD) et décider qu'au-delà d'un certain pourcentage du revenu du ménage, les dépenses de santé sont intégralement remboursées. Ce pourcentage signifierait que le niveau de remboursement étant fonction du niveau de revenu de la personne, le « reste à charge » serait proche de 0 pour les personnes bénéficiant déjà de la couverture maladie universelle complémentaire et augmenterait avec les revenus. Un tel dispositif permettrait de responsabiliser les patients, en jouant un vrai rôle de ticket modérateur, en même temps qu'il jouerait un rôle évident de redistribution sociale et qu'il permettrait de corriger les déséquilibres financiers de l'assurance maladie.

### **Mener à son terme la réforme des établissements de santé**

La réforme du financement des établissements de santé constitue un important levier pour changer le management hospitalier. La recherche de la convergence tarifaire entre les secteurs public et privé est un aiguillon efficace pour

moderniser la gestion de l'hôpital. Mais pour mener à bien à cette réforme, il faut la rendre acceptable par tous. Le préalable est de bien expliquer les écarts de coûts entre les secteurs. Sans consensus sur le sujet, le volontarisme des ambitions (terminer la convergence en 2012) risque fort de ne pas aboutir.

### **Engager la négociation d'un nouveau pacte avec les professions de santé**

La situation des professions de santé sera à très court terme bouleversée par une triple évolution : une baisse du nombre de soignants, une féminisation accrue et des changements importants dans les conditions de prise en charge des malades. Ces trois conditions constituent une occasion unique d'organiser autrement l'offre de soins libérale. En premier lieu, il convient d'aménager le dispositif protectionniste qui fait obstacle, pour les professions de santé, aux regroupements et partage des compétences et de prévoir des modes d'organisation et de rémunérations les favorisant. En deuxième lieu, l'organisation des soins doit évoluer avec les attentes de la population et des associations de patients (tiers payant, prévention, permanence des soins, répartition territoriale homogène). Enfin, il est impératif de mettre en place de mécanismes de régulation économique permettant le respect des objectifs de dépenses fixés par le Parlement.

### **Moderniser le pilotage global du système de santé**

Cette modernisation passe par deux grandes réformes :

- concentrer dans une agence régionale de santé le pilotage local du système de soins ;
- différencier progressivement le rôle des deux grands acteurs (Etat et assurance maladie) dans le pilotage national.

\*

\*

\*

## Le financement des dépenses de santé en France (2005) <sup>1</sup>

*Les comptes de la santé distinguent deux grands agrégats :*

- La consommation de soins et biens médicaux (CBSM) : 150,6 Md€ en 2005 dont notamment 67 Md€ de soins hospitaliers (publics et privés), 41 Md€ de soins ambulatoires, 2,8 Md€ de transports sanitaires et 31,3 Md€ de médicaments.*
- La dépense courante de santé (190,5 Md€) : s'ajoutent à la CBSM les indemnités pour arrêts de travail, les dépenses de prévention, de recherche et de formation médicale et les coûts de gestion de la santé.*

*La répartition des financements est effectuée à partir de la CBSM :*

- assurance maladie (tous régimes) : 77,1 % ;*
- organismes complémentaires : 14,1 % ;*
- ménages (reste à charge) : 8,7 %.*

---

1. Source : DREES, *Comptes nationaux de la santé 2005*, (Document de travail n° 100, juillet 2006).



## L'explosion des besoins de financement

Notre système de soins, fondé sur le principe de la « solidarité nationale <sup>2</sup> », fait l'objet d'un large consensus entre les Français, comme le soulignent toutes les enquêtes d'opinion.

Dans l'étude sur « l'état de santé en France en 2003 », la DREES <sup>3</sup> note que 75 % des Français considèrent leur état de santé « très bon » ou « bon ». En outre, selon la DREES, 73 % des Français (+ 8 points depuis 2000 et + 6 points depuis 2004) ont le sentiment que « tout le monde peut être soigné quel que soit son revenu », cette opinion étant davantage partagée par les gens les plus âgés (13 points d'écart entre les tranches d'âges extrêmes).

L'attachement des Français au caractère public du système de santé a progressé depuis 2000. Selon la DREES, « 63 % des personnes interrogées déclarent ainsi que l'autorisation de mise en concurrence des caisses publiques et des assurances privées "serait plutôt une mauvaise chose", ce qui représente une augmentation très nette en cinq ans (+ 13 points par rapport à 2004) ». 76 % des Français approuvent le principe de solidarité sur lequel est fondée l'assurance maladie.

En 2005, 88 % des Français considèrent que les hôpitaux rendent un service de qualité (82 % en 2004).

---

2. Ce principe figure dès le premier article du code de la Sécurité sociale. Ce principe s'appuie sur le préambule de la Constitution du 27 octobre 1976 selon lequel la Constitution « garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. »

3. DREES, *Etudes et résultats*, n°436, octobre 2005.

Toutefois, 65 % des Français, contre 75 % en 2000, estiment que « dans un pays développé, il est normal que l'on dépense de plus en plus pour la santé ». En outre, seuls 59 %, soit une diminution de 13 points par rapport à la période 2000-2002, estiment désormais qu'« il n'y a pas de raison de limiter les dépenses, car la santé n'a pas de prix ». 86 % des Français (+ 5 points en cinq ans) estiment que « les dépenses de santé sont trop élevées car le système n'est pas bien géré ». Dans le sondage d'octobre 2006 *Les Echos/Le Quotidien du médecin*, 54 % des personnes interrogées ne sont pas prêtes à faire un nouvel effort financier pour participer à l'équilibre du système de santé <sup>4</sup>.

En dépit de la bonne perception que les Français ont de leur système de santé et de la prise de conscience de la nécessité de le réguler, ce dernier est néanmoins confronté à une crise de financement qui fragilise ses fondements. Depuis la grande réforme Juppé en 1996, l'assurance maladie connaît en effet un déficit quasiment chaque année. Plus grave, un regard en arrière montre que, depuis 1980, ces déficits doublent d'une décennie à l'autre.

- De 1980 à 1992, l'assurance maladie a été déficitaire 6 exercices sur 13, le plus fort déficit intervenant en 1985 (2,1 Md€).
- De 1993 à 2001, l'assurance maladie est en déficit 8 fois, avec un pic en 1996 (5,4 Md€).
- A partir de 2002, les déficits s'envolent : 6 Md€ en 2002, 11,1 Md€ en 2003, 13,1 Md€ en 2004, 8 Md€ en 2005 et un déficit prévisionnel de 6,3 Md€ en 2006.

Le retour à l'équilibre ne devrait pas être atteint avant 2009. Sept ans se seront donc écoulés entre le plus fort déficit constaté depuis 1945 et le retour à l'équilibre. Les prévisions pour les années qui viennent ne sont guère réjouissantes.

---

4. Sondage réalisé auprès de 946 personnes par l'IFOP dans le cadre du 12<sup>e</sup> forum de la gestion de la santé 2006.

La commission Pèbereau sur la dette a ainsi calculé que, si la croissance des dépenses restait identique à son niveau des vingt-cinq dernières années, hypothèse que le vieillissement rend probable, le déséquilibre des régimes d'assurance maladie atteindrait près de 1,5 point de PIB en 2015 et 3 points en 2030. Concrètement, cela signifie qu'il manquerait, en 2015, 25 Md€ pour payer les dépenses d'assurance maladie de l'année et plus de 65 Md€ pour celles de 2030. Les projections du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie ne sont pas plus optimistes.

### Les projections du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

*Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a réalisé en 2004 des projections financières à moyen et long terme en se fondant sur l'écart entre le rythme de progression du PIB et celui des dépenses d'assurance maladie.*

*Pour mesurer les conséquences financières de cet écart, il a retenu trois hypothèses : un taux de croissance des dépenses d'assurance maladie supérieur de 1 %, de 1,5 % et de 2 % à celui du PIB. Résultat : « selon ces divers scénarios, le déficit tendancier à l'horizon 2010 serait compris entre 27 et 39 Md€ constants (dont 3 et 4 Md€ au titre des intérêts de la dette) et en 2020 serait compris entre 60 et 105 Md€ constants 2002 (dont entre 12 et 20 Md€ au titre des intérêts de la dette) ».*

*Ce constat a eu lieu avant que le gouvernement ne décide de faire voter par le Parlement l'évacuation de 50 Md€ de déficits jusqu'en 2006. Sans une telle facilité et sans réforme d'envergure destinée à maîtriser le rythme d'évolution des dépenses, le Haut conseil estimait que pour le scénario « médian » (dépenses : PIB + 1,5 %), il faudrait, pour parvenir à équilibrer les comptes :*

- soit une diminution de moitié de la prise en charge par l'assurance maladie en 2020 ;*
- soit un ralentissement du rythme de la croissance annuelle des dépenses, de l'ordre du PIB-1 % en 2013 ;*
- soit le doublement d'ici à 2020 du taux de la CSG.*

Les prévisions à long terme, particulièrement inquiétantes, soulignent le caractère structurel du besoin de financement.

## Le choix de la facilité

La France a choisi de contourner ce problème et d'y répondre par la facilité. La caisse d'amortissement de la dette sociale a en effet financé depuis 1996 110 Md€<sup>5</sup> de déficits par des emprunts qu'elle amortit au moyen d'un impôt, la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS). L'opération exceptionnelle, destinée à solder les comptes au moment où l'on réformait « pour de bon » l'assurance maladie il y a plus de dix ans, s'est banalisée depuis.

### Passifs repris par la CADES depuis 1996 en Md€

Année de reprise de dette	1996	1998	2003	2004	2005	2006	Total au 31/12/006
Régime général	20,8	13,26		35,0	6,6	6,7	82,4
Etat	23,38						23,38
CANAM	0,45						0,45
Champ FOREC			1,28	1,09			2,37
<b>TOTAL</b>	<b>44,63</b>	<b>13,26</b>	<b>1,28</b>	<b>36,09</b>	<b>6,6</b>	<b>6,7</b>	<b>108,6</b>

Source : rapport de la Cour des comptes sur la Sécurité sociale, septembre 2006.

La loi de réforme de l'assurance maladie en 2004 a même transféré par avance vers la CADES les déficits de 2005 et 2006. La dette sociale qui couvre des dépenses courantes est financée par un prélèvement annuel de 5 Md€ (dont plus de la moitié est affectée au paiement d'intérêts) que la loi de 1996 avait prévu de faire cesser en 2009 mais qui a été prolongé indéfiniment. Elle a ainsi déresponsabilisé tous les acteurs en ajournant à chaque transfert<sup>6</sup> une vraie réforme. Non seulement nous ne savons pas maîtriser nos dépenses de santé mais, pire, nous faisons comme si nous ne voulions pas les assumer.

5. Ce chiffre inclut la reprise par la CADES de déficits de la Sécurité sociale antérieurement repris par l'Etat.

6. En 1993 (reprise par l'Etat du déficit cumulé de toutes les branches), en 1996, en 1998, en 2004, 2005 et 2006 (pour 1998, 2004, 2005 et 2006, cette reprise n'a concerné que l'assurance maladie).

## Les insuffisances du système de santé

Or, bien que nous consacrons 10 % de notre PIB aux dépenses de santé, les insuffisances de notre système sont connues : offre de soins mal répartie, demande peu organisée, inégalités persistantes dans l'accès à des soins de qualité, consommation de médicaments parmi les plus élevés au monde, déficit généralisé d'évaluation, très peu d'incitations à des comportements vertueux, des revenus des professions de santé qui, en moyenne, augmentent plus vite que ceux des salariés, avec des disparités injustifiées eu égard aux pratiques, malaise profond de certaines catégories alimentant le découragement, etc.

Dans son rapport fondateur de février 2004, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a établi, pour la première fois, un diagnostic partagé par tous les acteurs de la santé en France (élus, professionnels, fonctionnaires, gestionnaires) fondé sur plusieurs constats : la gestion du périmètre des biens et services médicaux est insuffisamment médicalisée ; les coûts, pratiques et prescriptions ne sont pas assez articulés aux objectifs de santé publique ; l'organisation des soins manque d'efficacité ; les responsabilités sont éparpillées et mal exercées tant sur plan de l'allocation des ressources que de la prise en charge et de la gestion du risque ; le système est affecté de changements permanents, etc.

Sans doute est-ce la contrepartie d'un système généreux qui prend en charge mieux qu'il ne régule et organise les soins ? Ce n'est pas sûr. En effet, en dépit de l'universalité supposée du système de santé, *Médecins du monde*, dans son dernier rapport annuel (2006), estime que « l'année 2005 confirme un fort recul de l'accès aux soins ». Sont en cause : l'application des mesures destinées à limiter le nombre de bénéficiaires effectifs de la CMU ; les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU ; l'inadaptation du parcours de soins aux populations les plus précaires (les médecins des structures d'addictologie, des ONG ou du planning familial ne peuvent être médecins traitants) ; les dépassements d'honoraires aboutissant à des renoncements aux soins ; l'échec de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ; une offre inégalement répartie sur le territoire, etc.

Une volonté et une action d'un type nouveau sont donc nécessaires si on veut rompre avec un cycle politique où le recours à la dette sociale (au-delà de sa contribution à la hausse des passifs publics) est tout autant la conséquence que la cause de nos échecs.

Avant 1996, réformer l'assurance maladie consistait à baisser le niveau des prestations et à augmenter les prélèvements. Si l'idée d'améliorer les pratiques et l'efficience du système de soins s'est progressivement imposée, elle est restée sans portée véritable car dépourvue instruments efficaces et de volonté politique.

L'ambitieuse réforme de 1996 reposait sur une volonté de maîtrise collective des dépenses fondée sur la fixation dans une loi de financement de la Sécurité sociale d'un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et donc d'une esquisse de budgétisation des dépenses <sup>7</sup>, sur des mécanismes de régulation financière (versement en cas de dépassement de l'enveloppe) et des réformes institutionnelles (création des agences sanitaires nationales, des agences régionales de l'hospitalisation et des unions de caisses régionales). Cette réforme n'a pas atteint son objectif d'ensemble, en raison principalement de l'opposition des médecins et d'une méthode de gouvernement qui n'a pas été acceptée. L'échec des dispositifs tendant à renouveler en profondeur la négociation conventionnelle produit encore aujourd'hui des effets négatifs.

La réforme intervenue en 2004 est ambivalente. Elle contient certes quelques avancées (insuffisantes, on le verra) en matière de gouvernance et de clarification des responsabilités avec la création de la haute autorité de santé, de l'union nationale des caisses d'assurance maladie et les pouvoirs renforcés de la CNAMTS. Mais ses effets structurels restent partiels, les professions de santé ayant été peu concernées par une réforme à laquelle une majorité n'adhère pas. A court terme, l'amélioration des comptes a été

---

7. Il aura fallu près de vingt années pour faire accepter aux partenaires sociaux l'intervention du Parlement. Avant le plan Juppé, il y eut le projet d'amendement Fontanet en 1968, les projets d'amendements Labbé-Chinaud, le projet de loi organique d'Ornano en 1988 (seule proposition à avoir été adoptée mais censurée par le Conseil constitutionnel).

obtenue par des prélèvements importants et un endettement record <sup>8</sup>. Le niveau du déficit de 2005 doit en effet beaucoup à une recette exceptionnelle (la taxation des plans anciens d'épargne-logement). La décélération des dépenses de soins de ville (arrêts de travail et honoraires médicaux) reflète en réalité le retour à un rythme d'augmentation conforme aux tendances de fond après l'envolée du début de la décennie <sup>9</sup>. La détermination de la CNAMTS à dépasser son rôle de payeur (plus que financeur) des dépenses de santé à travers les initiatives en matière d'indemnités journalières, de prescriptions hospitalières et ses actions de communication auprès des professions de santé montrent néanmoins la bonne voie. Reste à savoir si elle dispose de toute l'autorité et légitimité nécessaires pour aller encore plus loin. Entre la panoplie des mesures classiques et l'attente d'effets structurels lointains et aléatoires, la loi d'août 2004 n'a pas su définir une voie de réforme conçue pour garantir un retour durable à l'équilibre dans des délais rapides. Elle n'a pas conçu les mécanismes permettant de maîtriser les comptes dès lors que ceux-ci déraperaient.

---

8. Rappelons qu'à l'origine l'équilibre devait être rétabli en 2007 : il ne le sera au mieux qu'en 2009 voire 2010.

9. En outre, le ralentissement des indemnités journalières de longue durée « pourrait être lié à la sortie du marché du travail des générations du baby-boom de la tranche d'âge 55-60 ans. En effet, selon la CNAV, 214 000 personnes sont parties en retraite anticipée en 2004 et 2005, entraînant une contraction de la population active particulièrement exposée au risque d'arrêt de travail » (*Rapport de la commission des comptes de la Sécurité sociale*, juin 2006, page 122-3).

# 3

## Les problèmes non résolus de l'assurance maladie

---

### Pourquoi des déficits chroniques ?

- Des ressources hypersensibles à la croissance et dépendantes des décisions de l'Etat ;
- Un rythme de progression des dépenses supérieur au rythme de progression des ressources, avec un fort décrochage depuis 2001 ;
- Des dépenses de santé constamment supérieures à la progression de la richesse nationale ;
- Un système de soins structurellement inflationniste, sans orientation ni contrôle et sanction ;
- Une indifférence généralisée aux coûts des soins ;
- Des niveaux de consommation et de prescription atypiques par rapport à nos voisins (médicaments notamment) ;
- Des marges de productivité et d'économies sous-exploitées ;
- Une gouvernance inadaptée à une maîtrise globale des dépenses.

### Des ressources trop dépendantes des salaires et des décisions de l'Etat

La pérennité de notre système de santé et d'assurance maladie implique qu'il soit doté d'une fiscalité stable et cohérente. La dynamique des dépenses exige des ressources plus solides.

## Une fiscalisation insuffisante

Le poids des cotisations assises sur les salaires<sup>10</sup> dans le financement de l'assurance maladie entraîne une hypersensibilité à tout ralentissement ou fléchissement de la croissance. Si la croissance du PIB a régressé de 0,9 point entre 2001 et 2002 (passant de + 2,1 à + 1,2), le taux de progression des recettes a chuté de 6 à 2 % sur la même période. Les recettes de la Sécurité sociale (et de l'assurance maladie en particulier) présentent en effet un caractère cyclique élevé car elles sont pour une très large part assises sur la masse salariale privée (70 % pour le régime général). Comme le rappelait en 2003 le secrétaire général de la commission des comptes de la Sécurité sociale, François Monier : « aux fluctuations de la croissance du PIB s'ajoutent celles de la part des salaires dans la valeur ajoutée : elles ont souvent accentué les premières au cours des vingt dernières années. Sur cette période, la variation annuelle de la masse salariale en termes réels a oscillé entre - 2,7 % (en 1993) et + 4,9 % (en 2000), selon les cycles d'une durée moyenne de quatre ou cinq ans, et avec une longue phase de stagnation entre 1990 et 1997 (+ 0,7 % en sept ans)<sup>11</sup> ».

On n'entrera pas ici dans le débat très complexe qui a cours depuis plusieurs mois sur la réforme du financement de la Sécurité sociale (cotisation assise sur la valeur ajoutée, TVA sociale, prélèvement sur le chiffre d'affaires net de la masse salariale, réduction des « niches sociales », etc.). Ce débat s'inscrit prioritairement dans le cadre de la politique de l'emploi. S'il importe que la fiscalité sociale soit la plus favorable à la compétitivité des entreprises, notre propos ici est de rechercher à organiser le prélèvement de manière à le rendre moins sensible aux soubresauts de la masse salariale. A ce titre, une fiscalisation accrue des prélèvements est nécessaire<sup>12</sup>.

10. En 2005, sur 121 Md€ de recettes pour l'assurance maladie (régime général), 67,9 Md€ sont constitués de cotisations sociales et 49,7 Md€ d'impôts et taxes affectés (dont 44 Md€ de CSG).

11. *Sécurité sociale : le retour du déficit, et comment y faire face*, Sociétal, n°39, 1<sup>er</sup> trimestre 2003.

12. Cette fiscalisation n'est pas seulement souhaitable pour stabiliser les recettes. Il convient aussi de tirer les conséquences de l'universalité de l'assurance maladie. Le critère de résidence a supplanté celui du cotisant (cf. couverture maladie universelle) et la qualité des prestations des non-cotisants peut être supérieure à celle des cotisants (cf. couverture maladie universelle complémentaire).

## Les différences d'assiette et de taux

Le taux et l'assiette de la CSG présentent quant à eux des distorsions au détriment de l'assurance maladie. Le taux de la CSG sur les revenus d'activité (salariaux) est de 5,29 % (part affectée à l'assurance maladie) quand le taux de la CSG sur les revenus de remplacement est de 4,35 %, soit une différence de 0,94 point. En matière d'assiette, les rémunérations annexes des fonctionnaires sont exclues de l'assiette des cotisations des employeurs publics, ce qui conduirait à une perte de recettes de l'ordre de 2 Md€ pour la CNAMTS<sup>13</sup>. Cette restriction de l'assiette des cotisations ne touche pas que les employeurs publics, elle concerne aussi, dans le secteur privé, certains éléments de rémunération.

Parmi de nombreux exemples, les exonérations de prélèvements sociaux dont bénéficie l'épargne défiscalisée (CODEVI, livret A, livret bleu, livret jeune, LEP, etc.). Ces exonérations représentent pour l'assurance maladie, compte tenu des sommes en cause (plus de 240 Md€ d'encours à la fin de 2006 pour l'ensemble des produits concernés) et des taux aujourd'hui applicables (2,25 pour tous les livrets à l'exception du LEP dont le taux est de 3,25), une « perte » de 240 M€ par an<sup>14</sup>.

## L'impact de la politique de l'emploi

Depuis plus de dix ans, l'assurance maladie voit ses ressources fragilisées par la politique de réduction du coût du travail. En principe la loi (article L. 131-7 du code de la Sécurité sociale) a prévu que « toute mesure d'exonération, totale ou partielle, de cotisations de Sécurité sociale, instituée à compter de la date d'entrée en vigueur de la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la Sécurité sociale, donne lieu à compensation intégrale aux régimes concernés par le budget de l'État pendant toute la durée de son application ». Dans les faits, ce principe n'est pas intégralement respecté. Selon le rapport

13. Calcul Cour des comptes, *Rapport sur la Sécurité sociale*, septembre 2004, pages 71-72.

14. Le calcul est le suivant : prélèvement de 5,95 % (CSG patrimoine affectée aux régimes maladie) sur encours\*taux (4 474 125 000 €)=266 210 437,5 € dont 90 % du produit est affecté à la CNAMTS=240 M€. Si on totalise l'ensemble des prélèvements sociaux (CSG : 8,2 % ; CADES : 0,5 %-CRDS- ; FSV : 2 %-prélèvement social- ; CNSA : 0,3 %-contribution additionnelle), la « perte » de recettes pour la Sécurité sociale (y compris CNSA) est de 492 153 750 €.

de la commission des comptes de la Sécurité sociale, 10 % des mesures d'exonération de cotisations sociales en faveur de l'emploi n'ont pas été compensées en 2006, pour un montant de 2,3 Md€ (1,5 Md€ pour les mesures en faveur de l'emploi à domicile).

À compter de 2006, ces compensations ne seront plus effectuées par des dotations budgétaires de l'État mais par l'affectation du produit de certains impôts et taxes. La loi a prévu d'une part qu'en cas d'écart supérieur à 2 % entre le montant des exonérations et le produit des impôts affectés, une commission propose d'éventuelles mesures d'ajustement, et, d'autre part, plus récemment, qu'en cas d'éventuel écart positif, le surplus soit automatiquement affecté à la CNAMTS. Il faudra voir à l'usage comment cela se traduit pour l'assurance maladie. On peut d'ores et déjà regretter qu'il n'ait pas été conféré à l'article L. 131-7 une valeur organique, ce qui aurait présenté de meilleures garanties.

## **L'affectation d'impôts et taxes**

Certains impôts et taxes devraient revenir intégralement à l'assurance maladie puisqu'ils contribuent à modifier les comportements dans un sens favorable à l'amélioration sanitaire de la population et à participer au financement des dépenses de santé occasionnées par certaines pathologies. Il s'agit en particulier des taxes sur les tabacs et l'alcool. En matière de tabac, des progrès ont été faits puisque la répartition au profit de la CNAMTS des droits de consommation tabac a fait progresser cette recette de 1 Md€ entre 2004 et 2006 (de 2 à 3 Md€). Il n'en va pas de même pour l'affectation des prélèvements sur les alcools : l'intégralité du rendement de la cotisation sur les boissons alcooliques, jusqu'ici affectée à la CNAMTS, a été affectée en 2005 au fonds CMU (près de 400 M€).

Les autres droits indirects sur les alcools, les produits intermédiaires, les vins et les bières (2,5 Md€) sont affectés en totalité en 2006 au financement des allègements généraux de cotisations patronales : autrement dit, on rembourse l'assurance maladie avec des ressources qui lui reviennent par nature. Ce mécanisme, né avec la création du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales (FOREC) en 2000, a encore de beaux jours devant lui.

## Des charges financières indues

Enfin, on signalera que les financements mis à la charge de l'assurance maladie, les retards de remboursements des dépenses effectuées pour le compte de l'Etat génèrent d'importantes charges de trésorerie. On rappellera ainsi que fin 2006 l'Etat est débiteur vis-à-vis de la CNAMTS pour les dépenses d'aide médicale d'Etat pour un montant cumulé de près de 900 M€. Si l'inscription de cette créance au bilan de l'assurance maladie est sans conséquence sur son résultat financier (tant qu'aucune décision de provisionnement n'est prise), le défaut de versements de l'Etat vient accroître les charges financières de la CNAMTS (qui représentent 1,5 Md€ sur la période 2000-2005). L'Etat a bien reconnu le problème fin 2006 en décidant de prendre à sa charge 160 M€ pour les frais financiers sur les sommes dues par l'Etat. Il le financera par une affectation de droits... sur les tabacs.

Ces remarques rapides sur le financement de l'assurance maladie ne plaident pas pour que les différences d'assiette et de taux de la CSG soient gommées, le financement de la politique de l'emploi revu, ou le budget de l'Etat mis à contribution. Il ne servirait à rien d'alléger le déficit de l'assurance maladie en alourdissant celui de l'Etat. S'agissant de l'épargne réglementée, le propos n'est pas de contester par principe des exonérations qui ont leur finalité propre, il est de montrer que toute discussion sur le résultat financier de l'assurance maladie doit prendre en compte ces réductions d'assiette des prélèvements sociaux. De manière plus générale, il faut avoir à l'esprit que cette fiscalité présente bien des défauts qui mériteraient une vraie réforme.

## Un système structurellement inflationniste dépourvu de mécanismes de maîtrise

Le financement public des dépenses de santé n'obéit à d'autres limites que la satisfaction de besoins de santé. Comment en effet limiter ou borner ceux-ci, dès lors qu'ils correspondent à l'exercice de droits sociaux fondamentaux ? La santé est un bien supérieur dont les dépenses s'accroissent plus vite que la richesse nationale : 2,5 points en moyenne au-dessus du PIB

sur ces quarante dernières années (3,3 en 2003<sup>15</sup>). Ce constat n'est pas propre à la France. La part des dépenses de santé en pourcentage du PIB augmente dans tous les pays de l'OCDE.

### Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB 1970-2003<sup>16</sup>

	1970	1980	1990	2000	2001	2002	2003
Australie	4,6	7,0	7,8	9,0	9,1	9,3	nd
Belgique	4,0	6,4	7,4	8,7	8,8	9,1	9,6
Canada	7,0	7,1	9,0	8,9	9,4	9,6	9,9
Danemark	8	9,1	8,5	8,4	8,6	8,8	9,0
France	5,4	7,1	8,6	9,3	9,4	9,7	10,1
Allemagne	6,2	8,7	8,5	10,6	10,8	10,9	11,1
Pays-Bas	6,9	7,5	8,0	8,3	8,7	9,3	9,8
Norvège	4,4	7,0	7,7	8,5	8,9	9,9	10,3
Suisse	5,5	7,4	8,3	10,4	10,9	11,1	11,5
Etats-Unis	6,9	8,7	11,9	13,1	13,8	14,6	15,0

Les causes de cette augmentation sont connues. En premier lieu, même si l'évaluation des effets du vieillissement de la population sur les dépenses est contrastée (on vieillit, certes, mais on est en meilleure santé), elle exercera une pression à la hausse ne serait-ce qu'en raison de l'allongement de la durée de vie et de la hausse de la demande de santé (effet génération). D'autre part, le progrès technique renchérit globalement le prix des biens et services médicaux. C'est particulièrement vrai pour les médicaments. En effet, entre

**15.** La progression des dépenses prises en charge par l'assurance maladie s'explique également en France par un effet prix vigoureux en 2002 et 2003 consécutif aux revalorisations des tarifs des soins de ville : la hausse du prix des actes des médecins a été de 6,2 % en 2002, 5,4 % en 2003, 1,1 % en 2004 et 1,6 % en 2005. Il n'est ainsi pas possible de conclure à une tendance spontanée de la croissance des dépenses de santé supérieure par principe à la croissance du PIB. Le niveau de rémunération de l'offre sanitaire y contribue également.

**16.** « Evolution des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE », Francesca Colombo et David Morgan (OCDE), *Revue française des affaires sociales*, n°2-3, avril-septembre 2006.

1997 et 2003, les dépenses de pharmacie ont progressé 27 % plus rapidement que les dépenses totales de santé dans la zone OCDE et 76 % plus vite en France du fait notamment de la production et la mise sur le marché de nouveaux médicaments <sup>17</sup>.

La satisfaction de nos besoins de santé est fondée en outre sur un principe de liberté : de consulter pour les usagers, de prescrire et de s'installer pour les professions de santé. Le mode de rémunération des professions de santé, en ville mais aussi pour une part à l'hôpital, reste régi par le principe du paiement à l'acte, inflationniste par nature puisque le revenu des professions de santé est étroitement lié au volume de leur activité.

Pour maîtriser les dépenses en responsabilisant les patients, l'assurance maladie dispose du ticket modérateur afin que les assurés aient à supporter une part du prix des soins. Mais celui-ci est dans la très grande majorité des cas pris en charge par la couverture maladie complémentaire. Dans ces conditions, l'assuré est très peu sensible aux coûts des soins. En France, le « reste à charge » est soit très faible en pourcentage du revenu soit prohibitif pour certains épisodes de soins de personnes dépourvues de couverture complémentaire.

Tous les mécanismes de maîtrise de l'évolution des dépenses mis en place depuis le début des années quatre-vingt-dix sont restés sans effet, en l'absence de mécanismes de régulation permettant, en ambulatoire et à l'hôpital, de respecter les objectifs annuels de dépenses votés par le Parlement. Les conditions dans lesquelles est fixé l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) restent très en deçà des exigences de toute procédure budgétaire publique. L'objectif de dépenses est rebasé chaque année pour être aligné sur les dépenses réelles, son champ est constamment modifié de telle sorte que la comparabilité des évolutions d'une année sur l'autre est difficile. Il ne tient compte d'aucune évaluation préalable des évolutions souhaitées de revenus des professions de santé <sup>18</sup>. L'année 2006 a même innové sur ce point : c'est en cours de débat qu'un amendement parlementaire à la loi de financement de la Sécurité sociale

---

17. *Ibidem.*

18. Ni des résultats des engagements pris par les professions de santé dans le cadre de la « maîtrise médicalisée » : fin 2005, l'écart entre les objectifs d'économies et les économies réalisées était de 300 M€.

pour 2007 a majoré l'ONDAM soins de villes, portant son augmentation annuelle de 0,8 à 1,1 % (dépenses supplémentaires estimées à 200 M€<sup>19</sup>).

Le primat accordé aujourd'hui à la « maîtrise médicalisée » (améliorer l'efficacité et optimiser les dépenses), qui constitue un pari sur les comportements vertueux, ne permet pas de corriger très rapidement l'apparition de déséquilibres. Le traitement des déficits de l'assurance maladie est en effet particulièrement déficient. Leur apparition ne fait l'objet d'aucun débat institutionnel organisé. On tente de les combler avec des recettes de poche et des mesures limitées d'économies. L'ONDAM a été dépassé quasiment chaque année sans qu'aucune loi de financement rectificative n'ait jamais été prise. Un comité d'alerte a bien été créé en 2004 mais sa vigilance ne s'exerce que sur le dépassement de l'ONDAM et non sur les déficits, or l'ONDAM 2005 a été respecté avec un déficit de 8 Md€<sup>20</sup>. La CNAMTS doit proposer régulièrement au ministre de la Santé les voies et moyens du redressement. Ses propositions ne sont pas débattues publiquement. Au final, l'accumulation des déficits vient nourrir la dette publique.

Enfin, depuis 2005, le financement des établissements de santé selon leur activité comporte des risques inflationnistes certains. En cas de dérive, des baisses de tarifs sont prévues. Néanmoins, ce mode de régulation mis en place pour les cliniques privées n'a jamais permis de respecter les plafonds de dépenses fixés<sup>21</sup>.

## Des marges d'économies et de productivité très importantes

### Singularités françaises

Les singularités françaises en matière de consommation de soins ne sont plus à démontrer, notamment dans le domaine des consultations et du médicament. Le nombre de consultations pour dépression est de 163/1 000 habitants

19. Rappelons que, par ailleurs, la revalorisation des honoraires était déjà annoncée pour 2007 (cf. infra).

20. Troisième plus mauvais résultat financier depuis 1945.

21. Cf. Infra.

en France en 1997 contre 68/1 000 en Allemagne. 93 % de ces consultations conduisent à la prescription d'antidépresseurs contre 62 % en Allemagne. Le nombre de consultations pour angine était en 1997 de 134/1 000 en France, contre 48 en Allemagne et 37 au Royaume-Uni. Le nombre de médicaments par ordonnance pour angine est de 2,6 en France, 1,3 en Allemagne et 1,1 au Royaume-Uni. La France est le deuxième pays au monde (en parité de pouvoir d'achat) pour la consommation par habitant (et la prescription par médecin !). Les Etats-Unis ayant des prix supérieurs aux prix français, la France arrive en tête pour le volume par habitant. En matière d'antibiotiques, en dépit de campagnes grand public, une étude réalisée par l'assurance maladie et publiée en novembre 2006 a montré que la France se caractérise par une consommation de ceux-ci « nettement plus élevée que celle de ses voisins européens, soit 2 fois plus qu'en Allemagne et au Royaume-Uni, et 3 fois plus qu'en Hollande ». Enfin, la pénétration des génériques reste très lente : en 2005, les génériques en France ne représentent qu'environ 15 % de l'ensemble des boîtes de médicaments remboursables contre 56 % en Allemagne et 53 % au Royaume-Uni.

## Les affections de longue durée

Depuis quelques années on constate une forte augmentation des dépenses exonérées de ticket modérateur, c'est-à-dire gratuites pour les usagers. Il s'agit en particulier des dépenses liées aux affections de longue durée (ALD). Ces dépenses représentent le tiers des dépenses de soins de ville, concernent 8 millions de personnes (10 millions en 2010), avec un nombre croissant d'admissions (plus d'1 million en 2004) et représentent 55,7 Md€ (tous régimes d'assurance maladie). S'il est légitime que des dépenses de santé relatives à des pathologies graves, chroniques et coûteuses soient prises en charge par la solidarité nationale, on ne peut pas ne pas s'interroger sur le rythme de progression des personnes admises en ALD pour des dépenses qui ont augmenté de plus de 10 % entre 2003 et 2005. Cette augmentation s'explique par quatre facteurs : la croissance démographique de la population, la croissance de la prévalence des pathologies graves, l'allongement de l'espérance de vie des malades et l'élargissement des critères de prise en charge à 100 % (à titre d'exemple, le taux de glycémie à jeun définissant le seuil de diagnostic du diabète a été abaissé de 1,40 gr/l à 1,26 gr/l au cours de la dernière décennie).

Maîtriser l'entrée dans le dispositif et s'interroger sur la gratuité sont aujourd'hui des priorités. Être exonéré de ticket modérateur ne signifie pas ipso facto une meilleure prise en charge médicale. Il conviendrait ici de mieux prendre en compte les ressources des patients, les dépenses par assuré en ALD variant en effet fortement d'une personne à l'autre.

### L'écart de dépenses par pathologies

*Selon les pathologies, l'écart des dépenses moyennes varie de :*

- 1 à 19 pour le diabète (725 € en moyenne par an pour les 10 % des assurés ayant les dépenses les plus faibles contre 13 572 € pour les 10 % d'assurés qui ont les dépenses les plus élevées) ;
- 1 à 47 pour les tumeurs ;
- 1 à 82 pour les affections psychiatriques ;
- 1 à 20 pour les maladies cardiovasculaires.

Source : CNAMTS, point d'information, 10 octobre 2006.

Une réforme est donc nécessaire pour satisfaire à des exigences d'équité, d'efficacité et de maîtrise de la dépense. La gratuité doit être justifiée par un « reste à charge » corrélé avec les ressources du malade, et, lorsqu'elle est obtenue, elle doit aller de pair avec une prise en charge médicale appropriée. Dans le cadre de l'établissement de protocoles pour les 30 ALD qu'elle doit finaliser en 2007, la haute autorité de santé devrait ainsi contribuer à une meilleure dissociation entre l'objectif de prise en charge optimale et l'objectif de gratuité.

### Officines et laboratoires

Dans d'autres secteurs, le droit en vigueur favorise les rentes de situation. L'exemple des pharmacies d'officine et des laboratoires d'analyses médicales sont parlants. Dans le premier cas, la rémunération des pharmaciens (le chiffre d'affaires a été multiplié par 6 entre 1980 et 2002) est fonction d'une marge sur la vente de médicaments. Cette marge, initialement proportionnelle, est

devenue dégressive en 1999 mais a été compensée par une hausse des volumes et la vente de médicaments plus chers. Le passage à une marge forfaitaire s'impose comme l'ont décidé les Allemands afin de rémunérer le pharmacien en fonction du service rendu à l'utilisateur et non en fonction du prix des produits. Pour les laboratoires d'analyse, leur nombre (4 000 contre 400 en Allemagne) est un obstacle à des économies d'échelles importantes qui, vu le niveau relatif élevé des tarifs français, pourraient subir des baisses importantes.

## L'achat de médicaments par les hôpitaux

Pour les médicaments achetés par l'hôpital et « rétrocedés » à des patients soignés en ville<sup>22</sup>, l'absence de régulation a conduit à des dérapages (la dépense a plus que doublé entre 2000 et 2004). Jusqu'en 2005, les hôpitaux pouvaient acheter des médicaments en négociant librement leur prix avec les industries pharmaceutiques, ne pas en supporter le coût en le faisant prendre en charge intégralement par l'assurance maladie. Même si cette pratique est aujourd'hui mieux encadrée, les hôpitaux continuent toutefois de toucher une marge proportionnelle au prix d'achat de 15 % alors qu'une marge forfaitaire aurait dû s'imposer depuis longtemps. L'exemple des dérives de la rétrocession est éclairant : un tel dispositif, qui n'a pas d'équivalent en Europe<sup>23</sup>, a mis du temps à commencer d'être réformé (alors que ses effets négatifs sont connus depuis la fin des années quatre-vingt-dix), de manière d'ailleurs incomplète.

Ces phénomènes de rente conduisent à l'inverse, en raison de nombreuses dépenses inutiles, à rationner les pratiques médicales les plus innovantes : la France occupe la 22<sup>e</sup> place des pays de l'OCDE pour les IRM par habitant (2,7), la moyenne étant de 7,3<sup>24</sup>.

---

**22.** Les médicaments rétrocedés sont des médicaments vendus par les pharmacies hospitalières à des patients non hospitalisés. Quand l'inscription d'un médicament sur la liste des médicaments remboursables n'est pas demandée par un laboratoire, il reste dans la « réserve hospitalière » avec des prix libres (depuis 1987). La rétrocession a consisté à délivrer des médicaments inscrits dans la « réserve » à des patients non hospitalisés. Les hôpitaux n'en assumaient pas le coût et les entreprises pharmaceutiques pouvaient pratiquer des prix libres.

**23.** En Allemagne et en Grande-Bretagne par exemple, tout médicament autorisé à être mis sur le marché peut être prescrit par tout médecin et délivré par une pharmacie d'officine ou hospitalière.

**24.** Cf. Jean de Kervasdoué, *Premier bilan des réformes des années 2004 à 2006* (Carnet de Santé de la France en 2006), juin 2006, Dunod, p.7.

## L'hôpital

Chacun sait que l'hôpital recèle également des marges de progression dans la maîtrise de ses coûts et sa productivité, comme en témoignent, d'une façon générale, les écarts de coûts importants entre établissements<sup>25</sup>. Comme l'a fait remarquer la Cour des comptes dans son rapport sur la Sécurité sociale, « si certains facteurs, comme la plus ou moins grande complexité des cas pris en charge, la nature programmable ou non de certains actes, l'âge du patient ou la topologie des lieux, doivent être pris en compte, ils ne rendent pas compte de leur ampleur<sup>26</sup> ».

Le levier que constitue la réforme du financement de l'hôpital (la tarification à l'activité dite « T2A ») est une occasion unique pour faire émerger un management des établissements de santé à la hauteur des enjeux.

### Le principe de la « T2A »

*La tarification à l'activité s'est substituée à compter de 2004 au budget global mis en place en 1983. La T2A s'applique au secteur public et au secteur privé. Elle a introduit en France un mécanisme en place dans la plupart des pays de l'OCDE.*

*Le principe de la tarification à l'activité est de payer à l'hôpital le coût du traitement du malade sur la base d'un tarif par « groupe homogène de malade ». Il permet d'inciter l'établissement à développer les activités où il est le plus productif et représente un outil pour favoriser les gains de productivité en alignant progressivement les tarifs sur les coûts des plus performants.*

L'un des objectifs de la T2A est en effet de faire converger la productivité entre établissements dans chacun des deux secteurs de l'hospitalisation (public et privé) et aussi (et peut-être surtout) entre ces deux secteurs. Même

25. Divers travaux (IGAS, HCAAM) estiment que les coûts des établissements publics sont entre 20 et 45 % supérieurs à ceux du secteur privé.

26. Rapport sur la sécurité sociale, septembre 2006, page 161.

si les différences entre eux en termes de statut des personnels, de profil des pathologies et des malades, de nature des activités, ne doivent pas être minimisées, ces écarts s'expliquent aussi et surtout par des modes d'organisation et de gestion des ressources humaines différentes (notamment pour le personnel non médical, plus nombreux dans le secteur public). En fixant progressivement les tarifs réglementaires en fonction des coûts des services les plus performants, la T2A crée ainsi, dans le contexte de la réforme de la gouvernance des hôpitaux, des conditions favorables pour améliorer fortement la gestion et la productivité des hôpitaux par une meilleure politique d'achats, des mutualisations et réorganisations de services. Elle devrait permettre aussi de mener, avec la réforme concomitante de la planification, les restructurations nécessaires de l'offre hospitalière (à l'instar de ce qui a été fait pour les cliniques <sup>27</sup>).

Pour autant, on peut craindre cependant que l'occasion ne soit pas saisie comme le laisse penser à la fois l'augmentation des financements par dotation (contournant la logique même de la T2A) et l'absence, jusqu'ici, d'une volonté politique de créer les conditions d'une vraie convergence intersectorielle, résolue et raisonnable. Le Parlement a souhaité que 50 % de l'écart de coût soit résorbé en 2008 et 100 % en 2012. Rien ne permet de penser que cet objectif sera atteint. Il existe en effet de nombreux mécanismes qui permettraient de neutraliser les effets de la T2A sur les établissements de santé : augmentation du poids financier des MIGAC (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation), différenciation des tarifs par catégorie d'établissements, discordance entre les tarifs et les coûts de revient, sophistication de la classification des GHS, sur-tarifs spécifiques pour les établissements publics, etc. L'excessive ambition de l'objectif fixé par la loi ne doit pas aboutir à le faire disparaître purement et simplement.

## **La lutte contre les abus et les fraudes peut-elle être efficace ?**

Depuis 2004, l'assurance maladie a inscrit la lutte contre les abus et les fraudes parmi ses priorités. En 2006, la CNAMTS affirme notamment que la détection des fraudes a permis de multiplier par 15 par rapport à 2005 le

---

27. Le nombre de cliniques est passé de 1216 en 1992 à 900 en 2005.

montant récupéré, soit 120 M€. Ce résultat est-il à la hauteur des montants en jeu ? Il est permis d'en douter. Il faut bien distinguer en effet d'une part les erreurs de liquidation et les abus, et d'autre part les fraudes. La frontière n'est pas très nette. Mais dans un cas comme dans l'autre on peut se demander si l'assurance maladie est bien organisée pour donner la plus grande fiabilité à ses paiements. L'objectif premier de l'assurance maladie est en effet de rembourser les assurés sociaux et les professionnels de santé le plus rapidement possible (délai de 4 jours), ce qui a entraîné la mise en place de procédures informatisées de liquidation et de paiement avec peu de contrôles préalables. Les effets de la fraude et des abus sont ainsi renforcés. La dématérialisation des feuilles de soins a en plus contribué à éloigner les factures de leurs pièces justificatives (c'est particulièrement vrai pour les médicaments). Les contrôles a posteriori permettent certes d'avoir une idée de ce qui a été payé à tort (erreur de saisie du professionnel de santé, envoi de plusieurs feuilles de soins pour un même acte), mais est-on sûr que les montants à récupérer sur chaque acte vailent la peine de déclencher des poursuites ? Est-il possible de renforcer les contrôles des prescripteurs alors même que l'assurance maladie doit s'appuyer fortement sur eux pour donner à la « maîtrise médicalisée » toute sa crédibilité ? Comment s'assurer que des contrôles suffisants sont faits alors que chaque caisse d'assurance maladie décide elle-même du niveau de contrôle à effectuer ? Des trafics de médicaments continueront d'être découverts, des factures irréalistes de transport sanitaire seront repérées et des opérations de chirurgie esthétique remboursées à tort donneront lieu à sanction, mais cela ne remplacera pas une vigilance beaucoup plus grande des caisses d'assurance maladie au moment de payer. La maîtrise du risque financier ne se résume pas aux condamnations pénales obtenues.

## **Le faible encadrement des comportements**

### **Les assurés**

« C'est en changeant tous un petit peu... ». On connaît le leitmotiv de la réforme de 2004 qui a voulu parier sur les changements des comportements des usagers et des professionnels de santé.

Pour les usagers, la réforme de 2004 a tenté de structurer davantage leur recours à la médecine de ville autour du « parcours de soins » avec des honoraires des médecins plus élevés et des remboursements plus faibles pour les patients qui s'en écarteraient. En obligeant les usagers à consulter d'abord leur « médecin traitant » on est parti du principe que celui-ci est le mieux à même de guider son patient dans le système et éviter le nomadisme médical (au demeurant peu démontré). Or, une étude de la DREES sur « les trajectoires de soins en 2003 <sup>28</sup> » estime que dans 71 % des cas les patients consultent d'abord un généraliste, dans 14 % des cas un spécialiste dont l'accès direct est autorisé par la réforme (pédiatre, gynécologue) et dans 15 % des cas directement un spécialiste. En outre, la complexité des combinatoires de tarifs et de remboursements a rendu trop complexe un parcours qu'il aurait fallu organiser autrement en privilégiant une organisation des soins de premier recours, regroupant les professionnels de santé suivant des formules juridiques et financières variables et rémunérant la prise en charge globale d'un groupe de patients, véritable porte d'entrée vers des soins de deuxième recours articulés avec le premier niveau...

## Les professions de santé

Côté professions de santé, les modes d'organisation sont restées pratiquement inchangées depuis trente ans, dans un contexte de progrès technique évoluant très rapidement. Tout encadrement des comportements (volume d'honoraires et de prescriptions, contrôle des pratiques, restrictions à la liberté d'installation, répartition des interventions entre soignants, gardes, etc.) est vécu comme une insupportable atteinte aux principes fondateurs de 1926. Les caisses d'assurance maladie sont réduites au mauvais rôle de bureaucrates tatillons acquis à la « maîtrise comptable » et cherchant à remettre en cause le « colloque singulier » du médecin et de son patient. Les médecins-conseils de l'assurance maladie ont beau mettre à jour les errements des pratiques (relisons le rapport Béraud de 1992 sur « La non-qualité médicale et économique du système de soins »), le financeur public n'a rien à exiger !

---

28. DREES, *Etudes et résultats*, n°463, février 2006.

## Un syndicalisme médical d'un autre âge ?

En novembre 1926, le syndicalisme médical s'est constitué autour de ce qui fut présenté comme « la charte commune de la profession qu'aucune loi, règlement ou contrat ne doit remettre en cause<sup>29</sup> ». Cette charte contient les sept principes constamment invoqués depuis : « le libre choix du patient », « le respect absolu du secret professionnel », « le droit à des honoraires pour tout malade soigné », « le paiement direct par l'assuré en prenant pour base minimale les tarifs syndicaux », « la liberté thérapeutique et de prescription, l'intérêt technique du traitement [devant] primer sur le facteur économique », le « contrôle des malades par la caisse, des médecins par le syndicat et la commission spéciale d'arbitrage en cas de désaccord ».

L'objet n'est pas de remettre en cause sans nuances les principes de cette charte. Toutefois, on doit savoir qu'ils ont été définis en réaction au projet de création des assurances sociales à la fin des années vingt, dans un contexte clairement défensif et corporatiste par une profession qui s'est ralliée à l'instauration d'un système assurantiel public (« collaborer aux assurances sociales » comme le disait le docteur Cibrié, à l'origine de la création de la Confédération des syndicats médicaux français – CSMF – en 1928) à la seule condition que les principes de 1926 ne subissent aucune restriction.

L'attitude du syndicalisme médical majoritaire a été constante, en 1930, en 1945 et en 1970 au moment des premières conventions nationales. Ainsi la loi de 1971 a décidé de faire passer certains des principes de la charte de 1926 pour « des principes déontologiques fondamentaux » (article L. 162-2 du code de la Sécurité sociale), notamment « le libre choix du médecin par le malade », « le paiement direct des honoraires par le malade » et « la liberté d'installation du médecin ». Pourtant, ces principes ont peu de choses à voir avec la déontologie et surtout ne concernent pas la totalité des médecins, loin de là.

L'invocation de principes constamment réaffirmés par les pouvoirs publics à chaque grande réforme (sauf en 1996) serait recevable si elle était suffisam-

---

29. Cf. Patrick Hassenteufel, *Les médecins face à l'Etat, une comparaison européenne*, Presses de Sciences-Po, 1997.

ment dissociable de la volonté de faire échapper les professions libérales de santé aux contraintes minimales d'organisation et de régulation. En outre, elle accompagne aussi des revendications axées très prioritairement sur la valeur monétaire de l'acte. Depuis la fin des années quatre-vingt-dix, le débat est focalisé sur la revalorisation du C et du CS <sup>30</sup>, sur la revalorisation des actes chirurgicaux, sur l'alignement du tarif des généralistes sur celui des spécialistes, sur la création d'un secteur optionnel, etc. La réforme du parcours de soins lui-même, censé mieux organiser la médecine de ville, a débouché sur l'autorisation de pratiquer des dépassements d'honoraires alors qu'elle aurait pu limiter la sanction du patient à la seule minoration de la prise en charge financière de ses soins. La « maîtrise médicalisée » des dépenses de santé, qui doit être mise en œuvre autant pour des raisons de qualité que d'économie, aurait-elle été acceptée sans l'aiguillon financier permettant de gager les revalorisations d'honoraires sur de meilleures prescriptions ? Ces revendications s'inscrivent en outre dans un contexte de dramatisation, de politisation excessive, de menaces de dépassements illégaux <sup>31</sup>, voire même de chantage à l'exil. Cet état d'esprit est bien résumé par le communiqué de presse de la CSMF du 6 décembre 2004 au cours de la négociation de la nouvelle convention médicale avec la CNAMTS : « la CSMF exige que le principe des dépassements d'honoraires contenus expressément dans la loi d'août 2004 ne disparaisse pas dans la Convention et que leur montant soit suffisamment significatif pour donner du sens à la future organisation du système de santé. La CSMF ne fera aucune surenchère mais avertit qu'il s'agit là d'un point très dur dans la négociation et que celui-ci conditionnera, entre autres, son engagement conventionnel résiduel ». Le problème est que les contreparties attendues (l'engagement conventionnel « résiduel ») sont rarement au rendez-vous, comme l'a montré la Cour des comptes en 2005 <sup>32</sup>.

**30.** C pour consultation d'un généraliste, CS pour un spécialiste.

**31.** A titre d'exemple, le syndicat non représentatif Espace généraliste appelait en février 2007 les médecins généralistes à coter directement leurs consultations CS alors même qu'aucun accord conventionnel national n'était encore signé. Dans un communiqué de presse du 5 février 2007, la CNAMTS rappelait que « la dernière augmentation du tarif de la consultation est intervenue il y a six mois, le 1<sup>er</sup> août 2006, et que cette hausse représentait 5 % d'augmentation du tarif ».

**32.** Début 2007, les négociations conventionnelles reprennent. A l'ordre du jour, la compensation financière liée à l'abandon du dispositif du « médecin référent », la valorisation de 20 % des actes des médecins s'installant dans des zones sous-médicalisées, la revalorisation du C à 23 €. Sur ce dernier point, l'assurance maladie hésite encore un peu. Ce n'est pas le cas de la CSMF, selon son porte-parole, « l'Uncam s'est constitué une cagnotte sur le dos des médecins »...

En somme, malgré des ambitions réformatrices parfois courageuses, tous les gouvernements ont fini par reculer devant les professions de santé, qu'il s'agisse de faire partager les efforts de maîtrise financière, de les associer, via les « comités médicaux régionaux », à l'encadrement des prescriptions, de surmonter les réticences des ordres et l'hostilité des syndicats pour mettre en place les éléments d'une cogestion avec les « unions régionales des médecins libéraux » (URML), de mieux répartir les actes médicaux en recentrant par exemple les infirmières vers les soins médicaux au détriment du « nursing », etc. Depuis quinze ans, tous les efforts pour intégrer les professions de santé dans la gestion de l'assurance maladie se sont soldés par des échecs.

## La situation des professions de santé

Dans le secteur libéral, le mode de paiement reste quasi intégralement à l'acte, ce qui permet au professionnel de santé de décider de son niveau de revenu. Des éléments forfaitaires ont été introduits, notamment dans le cadre du suivi des patients en ALD, mais n'ont nullement remis en cause le principe du paiement à l'acte. L'existence d'un secteur à honoraires libres (en voie d'extension avec la création d'un secteur optionnel, cf. infra) qui est fermé depuis 1990 pour les professionnels en activité mais non pour ceux s'installant après cette date, permet de contourner la règle d'opposabilité des tarifs. A Paris, par exemple, la moitié des médecins exerce en secteur II. Pour les professions en secteur I, l'assurance maladie prend en charge une partie importante des cotisations sociales (ce qui fait qu'en réalité, la rémunération de la consultation n'est pas de 21 mais de 23 €). Il en va de même pour la prise en charge d'une partie substantielle des primes d'assurance. L'installation géographique est libre, le conventionnement est à vie sauf faute très grave, et les sanctions, ordinales et conventionnelles, sont rarissimes. Les obligations professionnelles, notamment en matière d'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU, ne sont pas toujours parfaitement remplies sans que les conseils de l'ordre réagissent avec la vigueur nécessaire.

A l'hôpital public, l'existence d'un secteur libéral à honoraires libres entraîne manifestement des abus caractérisés qui remettent en cause le principe d'égalité devant les soins. Les comportements n'ont jamais fait l'objet de la moindre sanction. Avant de vouloir changer les comportements des soignants, encore faudrait-il obtenir l'application des textes !

Sur le plan des revenus, les études récentes de la DREES montrent que les rémunérations nettes des professions de santé<sup>33</sup> ont augmenté plus rapidement que celles des salariés (cf. encadré). A l'hôpital, les dépenses de personnel médical ont augmenté de 6,5 % par an en moyenne entre 1995 et 2004. Entre 2000 et 2004, le taux d'évolution de la masse salariale hospitalière a augmenté de 7,8 % pour le personnel médical et de 4 % pour le personnel non médical, principalement sous la forme de majoration des revenus individuels (sur la même période, les effectifs ont augmenté de 3,1 %).

**« Les évolutions des tarifs et de l'activité des médecins libéraux entre 2000 et 2004<sup>34</sup> »**

*« Entre 2000 et 2004, en monnaie constante, les revenus des généralistes ont progressé annuellement de 2,6 % et celui des spécialistes de 3,1 %. Cette hausse du pouvoir d'achat des médecins est supérieure à celle observée sur la même période pour l'ensemble des salariés. En effet, entre 2000 et 2004, la progression annuelle du pouvoir d'achat du salaire moyen net s'est limitée 0,4 %, le salaire minimum progressant quant à lui à un rythme annuel de 2,1 %, supérieur à la progression du salaire moyen net mais inférieur à la progression du pouvoir d'achat des médecins ».*

## **Vers un nouveau pacte avec les professions de santé ?**

Le dispositif des conventions nationales avec chaque profession de santé a vieilli car il permet peu d'optimiser l'organisation des soins. L'organisation atomisée des soins de ville présente de sérieux inconvénients : mal répartie sur le territoire, elle est un obstacle à la permanence des soins, à la qualité des prescriptions, à la diffusion des bonnes pratiques et à la mise en place

**33.** A titre d'exemple, pour les médecins généralistes on compte 5 mesures tarifaires depuis 2000 : hausse du tarif des consultations et visites (de 17,53 à 20 € en 2002), majorations d'urgence et de nuit revues à la hausse, tarif de base majoré de 50 % pour les visites à domicile, consultation approfondie annuelle de 23 € pour les patients en ALD (passée à 26 € l'année suivante – 2003), hausse du tarif de la consultation en 2006 (de 20 à 21 € et 23 € en 2007 comme annoncé) .

**34.** Annexe à la LFSS pour 2007 « ONDAM et dépense de santé », page 20 (qui reprend les conclusions de l'étude de la DREES faite en 2005).

d'un vrai parcours de soins. Les médecins ne sont pas d'accord entre eux sur les évolutions à envisager pour leur métier comme le montrent les résultats des dernières élections professionnelles aux URML. L'heure paraît venue aujourd'hui pour un nouveau pacte entre gouvernement et professions de santé.

## Une réforme de la gouvernance qui ne règle pas les questions de pilotage et de dialogue conventionnel

Depuis 1967, la gouvernance de l'assurance maladie a pâti du couple constitué par l'Etat et les partenaires sociaux, sanctionné par une irresponsabilité mutuelle. Les ordonnances Jeanneney ont donné aux partenaires sociaux la responsabilité directe de parvenir à l'équilibre financier (« l'Etat restant au balcon » selon la formule de Jean-Marcel Jeanneney). Il était toutefois assez irréaliste de penser que les représentants des salariés décideraient unanimement de restreindre la couverture sociale des assurés ou d'élever le prix des soins. Les réformes de 1996 et 2004 ont changé la donne en introduisant le législateur (dont les pouvoirs sont renforcés depuis la loi organique du 2 août 2005), en créant des agences sanitaires et en vidant le paritarisme d'une partie de sa substance.

La réforme de 2004 n'a cependant pas réglé toutes les questions touchant aux compétences et à l'organisation de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Dotée de compétences nouvelles et renforcées pour mener une vraie « gestion du risque », l'assurance maladie reste pour l'essentiel étrangère à la régulation des deux secteurs les plus dynamiques en termes de dépenses : le médicament et les établissements de santé, soit les deux tiers du total des dépenses d'assurance maladie. Elle ne décide en effet ni de l'admission sur le marché, ni de la fixation du prix ni du tarif de remboursement<sup>35</sup>. Dans le cadre de l'hôpital, elle paye ce qu'on lui demande de payer sans pouvoir encore vérifier les factures, sans un droit de regard sur l'activité de l'établissement et sans contrôle sur les médecins hospitaliers.

---

**35.** Même si l'assurance maladie est membre du comité économique des produits de santé et du conseil de l'hospitalisation, ces prérogatives relèvent du ministre de la Santé.

La CNAMTS est un établissement public administratif sous la tutelle de l'Etat et a autorité sur une centaine de caisses de droit privé dotées de conseils où siègent des représentants des salariés et des employeurs. En outre, l'assurance maladie ne dispose pas de relais suffisants sur le plan local. On connaît les critiques maintes fois formulées de l'enchevêtrement des compétences au niveau régional où l'assurance maladie ne dispose par ailleurs d'aucun échelon véritable <sup>36</sup>. Il n'y a pas l'équivalent des agences régionales de l'hospitalisation pour les professions de santé intervenant en ville. Il n'y a pas non plus d'interlocuteurs de l'assurance maladie pour les professions de santé, les URML n'ayant jamais pu jouer le rôle imaginé par la réforme de 1993. Cette situation d'ensemble entraîne une excessive centralisation de la négociation avec les professions de santé, d'où aussi sa politisation permanente.

Accroître l'efficacité de l'assurance maladie implique donc de compléter le champ de ses prérogatives, de la doter de pouvoirs élargis au niveau local. Mais il restera toujours à clarifier la nature de ses relations avec l'Etat. Les décisions prises par l'assurance maladie relèveront toujours de ses autorités de tutelle, ce qui peut conduire à des situations d'impuissance ou d'irresponsabilité.

Il faut bien reconnaître en effet qu'en dépit de la loi d'août 2004, le ministre se réserve la possibilité d'intervenir directement dans les négociations conventionnelles, notamment pour la création en 2007 d'un secteur optionnel. Le projet est de créer pour les chirurgiens un secteur intermédiaire entre les secteurs I et II dans lequel les dépassements seraient autorisés et encadrés et les cotisations sociales prises en charge, le but étant de dissuader une installation directe en secteur II et d'attirer les médecins exerçant déjà dans ce secteur. La loi prévoit néanmoins que le ministre prendra les dispositions qui s'imposent si les négociations ne sont pas terminées avant le 31 janvier 2007. Elle prévoit également qu'« afin de faciliter l'accès à des soins à tarifs opposables, [l'] arrêté peut également modifier les tarifs et rémunérations de médecins relevant de certaines spécialités autorisées à pratiquer des dépassements, lorsqu'aucun dépassement n'est facturé, pour les rendre égaux aux tarifs applicables aux médecins qui ne sont pas autorisés à en pratiquer ». En clair, les tarifs en secteur I étant supérieurs aux tarifs applicables en secteur II (mais pas les honoraires qui sont libres), les médecins en secteur II qui ne pratiqueraient

---

**36.** Comme son nom ne l'indique pas, les caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) ont l'essentiel de leurs compétences mobilisées sur des questions de retraite et d'accidents du travail.

plus de dépassement pourraient bénéficier des tarifs de secteur I. On ne voit pas bien d'ailleurs quel intérêt aurait un médecin en secteur II à aligner ses honoraires sur les tarifs opposables.

Deux conclusions s'imposent ici. D'abord, si la négociation conventionnelle avance lentement c'est parce qu'il faut d'abord s'entendre avec les assureurs et mutuelles sur la prise en charge des dépassements et s'entendre avec les médecins sur le niveau des dépassements. Ces enjeux ne sont pas minces car il ne faudrait pas que ce secteur optionnel soit en fait un secteur II déguisé et amélioré avec la prise en charge des dépassements et des cotisations sociales. En outre, en s'immisçant dans cette négociation, le ministère de la Santé envoie un signal aux syndicats médicaux qui peuvent être tentés de tout bloquer et d'obtenir satisfaction par la suite (à mesure que les échéances électorales se rapprochent, comme en 2002). Bref, certains des problèmes posés par la gouvernance de la Sécurité sociale n'ont pas été résolus en 2004, loin s'en faut.

En définitive, l'assurance maladie dispose-t-elle de l'autorité et de la légitimité suffisantes pour proposer des baisses de tarifs, des sanctions contre des établissements dont les factures sont erronées, la modulation de la prise en charge des soins selon les recommandations de la haute autorité de santé, le déconventionnement de certains professionnels de santé ? La réponse est non.

Le partage actuel des compétences n'est pas satisfaisant et reste contraire à la cohérence d'ensemble qui doit être recherchée.

Il est impossible de transposer directement d'un pays à un autre les solutions d'organisation. Mêlant étroitement une logique assurancielle et solidaire<sup>37</sup>, avec un financement mixte, un pilotage à la fois centralisé, dispersé et loin du terrain, une offre de soins pour une grande part artisanale, disséminée et solitaire, une demande livrée à elle-même, le système français a suffisamment d'imperfections connues pour chercher d'abord à les corriger. Aussi la priorité est-elle d'abord de regarder nos faiblesses et nos erreurs. A l'exception de la Finlande, tous les pays de l'OCDE ont connu entre 1990 et 2004 des hausses de leurs dépenses de santé supérieures à celles de leur PIB. Tous ou presque ont augmenté les prélèvements et pratiqué des remboursements dans des conditions parfois drastiques. En Allemagne par exemple, l'assurance maladie ne prend plus en charge les prothèses dentaires et les indemnités journalières. La Suisse et le Japon ont fortement augmenté les prélèvements. Dans tous les pays, la réforme suppose de regarder les problèmes en face et non de fuir par la dette.

### **Abolir le monopole de l'assurance maladie et dissocier les prises en charge : vertus et limites de la concurrence entre acheteurs de soins**

#### **L'intervention des assureurs au premier euro**

Les lacunes dans la gestion des dépenses ont été souvent imputées en France au monopole de l'assurance maladie. Acheteur unique de soins, elle

---

37. « Suivre les objectifs de Beveridge avec les méthodes de Bismarck » pour reprendre la caractérisation du système français par Bruno Palier (*Gouverner la sécurité sociale, les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*, PUF, Quadrige, 2<sup>e</sup> édition, 2005).

serait cependant incapable d'exercer une pression suffisante sur les offreurs et les consommateurs de soins. La mise en concurrence des acheteurs de soins permettrait au contraire de sélectionner les offreurs, d'encadrer leurs pratiques et de mieux gérer la demande, en clair de faire du conventionnement sélectif et d'inciter financièrement les patients à adopter des comportements vertueux. Les exemples des Etats-Unis, de la Suisse, des Pays-Bas et même du Royaume-Uni sont régulièrement cités.

Les limites de ces systèmes sont apparues progressivement : effet très provisoire sur la hausse des dépenses alors même que la concurrence avait pour but de les faire baisser, fronde des professions de santé devant une normalisation excessive des pratiques médicales, revendication des patients pour plus de liberté de choix, nécessité de financements additionnels pour les pathologies les plus coûteuses, mécanismes de péréquation du risque entre caisses, multiplication des garde-fous pour éviter la sélection des patients, etc. D'une manière générale, la transformation des assureurs en « entrepreneurs de soins » suppose au préalable une organisation appropriée des offreurs de soins et un décloisonnement des secteurs de la médecine de ville et de l'hôpital.

La France a de plus fait un choix inverse depuis 2004. Les assureurs et les mutuelles intervenant en complément de l'assurance maladie et bénéficiant d'aides publiques importantes <sup>38</sup>, il a été décidé en 2004 d'encadrer davantage les organismes complémentaires afin que leurs actions soient en phase avec les efforts de maîtrise entrepris par l'assurance maladie. D'une manière plus générale, l'Etat a souhaité mieux le secteur des AMC <sup>39</sup> à la régulation des dépenses d'assurance maladie, d'abord pour mieux coordonner et partager les financements, sachant que ce qui est déremboursé par l'assurance maladie est pris en charge par les assureurs et mutuelles ; ensuite parce que les assureurs et mutuelles, prenant en charge le ticket modérateur et une partie des dépassements d'honoraires, peuvent aller à l'encontre de toute régulation de la demande et de l'offre de soins. En effet, tant les assurés que les professions de santé disposent d'une source de solvabilité supplémentaire. Intégrer les

---

**38.** Essentiellement pour la protection sociale en entreprise.

**39.** Assurance maladie complémentaire.

assureurs et mutuelles dans la négociation conventionnelle permettrait de peser davantage face à des professions de santé qui peuvent parfois s'autoriser des dépassements d'honoraires parce qu'ils savent qu'un assureur complémentaire en assurera la prise en charge.

C'est ce qui ressort très clairement de la loi du 13 août 2004. La loi a posé le principe de la création de l'union nationale des complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM créée en 2005) afin de mieux coordonner la gestion du risque maladie entre les deux financeurs de l'assurance maladie, notamment pour ce qui a trait à la gestion du panier de soins et à la négociation conventionnelle. Sur le plan de l'intervention financière des organismes complémentaires, elle a fait dépendre les aides publiques du non-remboursement du forfait de 1 € par consultation que doivent acquitter les assurés et de l'absence de prise en charge des pénalités financières dans le cadre du parcours de soins. Les assureurs et mutuelles qui n'offrent que des couvertures individuelles sont également concernés par cette mesure car, en cas de remboursement du forfait et de prise en charge des pénalités financières, ils seraient assujettis à la taxe sur les conventions d'assurance. Il n'y a donc pas d'interdiction formelle de prendre en charge ces dépenses, mais une incitation forte à adapter le comportement de remboursement sur celui de l'assurance maladie afin d'harmoniser les conditions de prise en charge. Tel a été le sens de la mise en place des « contrats responsables » en 2005.

Il s'agit d'une innovation dans la régulation du secteur des assureurs et mutuelles. Les pouvoirs publics ont en effet, dès 1967, voulu limiter les effets jugés « négatifs » que la présence d'un financeur complémentaire pouvait avoir sur la consommation de soins. Les ordonnances avaient prévu l'instauration d'un « ticket modérateur d'ordre public ». Néanmoins, pour des raisons juridiques (peut-on interdire de s'assurer ?) et politiques, cette réforme ne fut jamais mise en vigueur. La loi du 4 janvier 1982 abrogea l'article 20 de l'ordonnance de 1967. A l'époque, la « fronde » de la Mutualité contre le décret d'application de l'ordonnance (pris en 1980, treize ans après !), un an avant l'élection présidentielle de 1981, avait ajourné la mesure.

La voie choisie par le gouvernement a donc le mérite, au moins, de la clarté. L'intervention de l'Etat dans le domaine de l'assurance complémentaire ne faiblit d'ailleurs pas puisque, d'une part, le ministère du Travail vient d'inciter les partenaires sociaux à l'ouverture de négociations interprofes-

sionnelles pour favoriser la couverture complémentaire dans les PME (janvier 2007), et, d'autre part, l'harmonisation des règles fiscales applicables aux trois familles de complémentaires (mutuelles, instituts de prévoyance et sociétés d'assurance), qui vise à exonérer les IP et les assureurs de l'impôt sur les sociétés et de la taxe professionnelle, est conditionnée par un encadrement fort des contrats de santé. Il est également question de favoriser l'acquisition d'une couverture complémentaire dans le cadre de la dépendance.

La voie choisie serait toutefois complètement crédible si les acteurs de la couverture complémentaire étaient réellement associés, à travers l'UNOCAM, aux décisions des pouvoirs publics (ministère de la Santé et CNAMTS). Or, tel n'est pas le cas. Comme le note Gilles Johanet : « L'Etat ne pourra laisser vivre longtemps la contradiction aiguë qu'il a créée en instituant, par la loi d'août 2004 et les contrats responsables, une mise en cohérence des prises en charge de l'AMO et de l'AMC mais en vidant de tout sens le partenariat entre les deux pôles assurantiels qui en est la condition et qu'il annonçait. Symptomatique fut, à cet égard, la discussion de la convention des chirurgiens-dentistes, où les trois familles de la complémentaire maladie – qui avaient pris le soin d'exprimer une analyse commune et détaillée du problème avant toute négociation – ont été conviées à une réunion croupion postérieure à l'accord conventionnel ... ».

Elle serait crédible aussi si les assureurs connaissaient ce qu'ils remboursent à leurs assurés et n'étaient plus condamnés à payer à l'aveugle la partie du décompte qui leur incombe. Enfin, un tel choix devait aller de pair, côté assurance maladie, avec d'autres modes de gestion. Il est toujours possible d'introduire des mécanismes de marché et de benchmarking à l'intérieur d'un système public, l'exemple britannique le montre assez. Rien n'interdit aujourd'hui aux caisses d'assurance maladie d'informer leurs assurés sur les pratiques des professions de santé, en rendant accessible l'information sur le secteur de tarification (I ou II) et en publiant les évaluations individuelles des pratiques médicales. Or, sur ce point, l'heure est encore à la pusillanimité.

---

40. « La preuve par neuf. Réponse à Jacqueline Simon sur la réforme de l'assurance maladie », *Commentaire*, n° 116, hiver 2006-2007.

## Dissocier les prises en charge ?

Une variante de la mise en concurrence consisterait à recentrer la prise en charge publique sur les risques sanitaires les plus importants et à renvoyer la prise en charge des soins de premier recours vers les métiers traditionnels de l'assurance. Cette idée est souvent évoquée (y compris par les pouvoirs publics, depuis le rapport Nora-Naouri en 1978 jusqu'aux premières intentions du gouvernement Raffarin) et bénéficie d'une crédibilité toute intuitive. Il faudrait en effet un temps très long et une mobilisation intellectuelle sans précédent pour tracer une frontière nette et consensuelle entre les secteurs. Les décisions hésitantes de sortie du panier de soins de l'assurance maladie de produits dont le service médical a été jugé insuffisant montrent bien la portée du problème.

La distinction buterait aussi sur des apories sanitaires : une bronchite, c'est du petit risque ou du gros risque ? La substitution de financeurs sous-jacente à une prise en charge dissociée n'est évidemment pas neutre : le citoyen est-il pleinement libre de renoncer à solvabiliser sa demande de soins dès lors qu'il juge ceux-ci de nature bénigne ? En outre, dissocier les prises en charge reviendrait à instaurer une complète liberté tarifaire dont les effets ne seraient atténués que par la qualité et l'étendue des garanties du contrat d'assurance souscrit. Il faudrait donc solvabiliser un peu plus leur acquisition, mais à ce prix, autant maintenir le champ de l'assurance maladie et instaurer des franchises dépendant du revenu.

La dissociation des prises en charge peut s'entendre de deux manières : d'une part en délimitant les champs (obligatoire et facultatif) par les financements (public et privé) ; d'autre part comme conséquence d'une gestion dynamique du bien et services médicaux adaptant la prise en charge en fonction d'une évaluation médico-économique permanente et en coordonnant les interventions des financeurs. Cette seconde voie doit être privilégiée. C'est tout le sens de la création de la haute autorité de santé en 2004.

## L'organisation des soins et des soignants : le retard français

Les comparaisons montrent que la France est aujourd'hui le pays dans lequel les mécanismes de décisions sont les plus centralisés. Or, les pays qui ont le plus « décentré » leur système de santé sont ceux où l'augmentation des dépenses de santé en pourcentage du PIB est la plus maîtrisée, comme le montre l'exemple des pays scandinaves et du Royaume-Uni. D'une façon générale, tous nos voisins, Allemagne, Espagne, Italie, ont décentralisé sur les régions les mécanismes de régulation, le niveau central conservant la réglementation et l'équilibre financier d'ensemble.

Les modalités d'organisation des soins peuvent jouer un rôle fondamental dans la bonne allocation des ressources. L'organisation britannique en est un exemple manifeste, tant du côté des structures du *National Health Service*, avec un pilotage unique et déconcentré, que de l'offre de soins. Certes, le NHS présente encore de nombreuses insuffisances résultant de décennies de sous-financement : le nombre de médecins pour 1 000 habitants reste inférieur à la moyenne de l'OCDE (2,3 contre 3) et il en va de même pour le nombre de lits pour 100 000 habitants (3,6 contre 4,1), le nombre d'IRM par million d'habitants (5 contre 7) et de scanners (7 contre 18)<sup>41</sup>. Mais il conjugue une décentralisation des structures du NHS et une organisation de la médecine de premier recours au niveau local. La rémunération des professions de santé est fondée sur la prise en charge de la population (y compris les actions de santé publique) et non sur le volume de leurs actes. Les médecins généralistes en cabinets de groupe organisent leur service comme ils le souhaitent. En raison du très faible nombre de spécialistes en ville, les soins s'organisent autour d'une polarisation claire entre la médecine de premier recours (*Primary Care Trusts*) et l'hôpital. Le NHS par l'intermédiaire des *District Health Authorities* attribue une enveloppe financière à chaque PCT pour négocier les contrats de soins avec les hôpitaux et allouer des ressources aux cabinets médicaux rassemblant en moyenne une trentaine de soignants<sup>42</sup>.

Ce système permet aux décideurs politiques d'allouer des ressources avec des objectifs de santé explicites, à la différence de ce qui se fait en France.

41. OCDE, chiffres 2005.

42. A titre d'exemple, on rappellera que la proportion de médecins généralistes qui travaillent seuls est de 60 % en Ile-de-France contre 8,5 % au Royaume-Uni.

L'organisation du système britannique permet ainsi d'affecter des ressources à la correction de ses dysfonctionnements avérés (les ressources doivent passer de 6,4 % du PIB en 2000 à 9,4 % en 2008, le taux d'augmentation des dépenses de santé étant de 5,8 % entre 1999 et 2004, très supérieur au taux moyen des pays de l'OCDE – 3,3 %) et d'améliorer les revenus des généralistes (dont le revenu annuel moyen devrait augmenter de 94 000 € à 119 000 € sur la même période, ce qui le place au-dessus de celui des Français).

### Les revenus libéraux des médecins français

*Selon une étude de la DREES de janvier 2006, le revenu moyen libéral des généralistes était de 65 144 € en 2003 et de 63 056 € en 2004. Le revenu moyen libéral des spécialistes était, lui, de 98 764 € en 2003 et de 102 322 € en 2004. Parmi les spécialistes, on constate de forts écarts avec, au sommet, 196 126 € pour les radiologues en 2004 et 150 177 € pour les anesthésistes et, en bas de l'échelle, 60 581 € pour les dermatologues et 57 207 € pour les psychiatres.*

*En dépit d'une hausse soutenue du pouvoir d'achat des médecins depuis 2000, le revenu des généralistes français se situe en deçà de leurs homologues britanniques.*

En outre, la question du transfert de certaines tâches médicales vers d'autres soignants est partout posée. Encouragé par les cabinets de groupe ou par les centres de santé, le transfert de compétences médicales vers des assistants médicaux (Etats-Unis, Pays-Bas) ou des infirmières (Etats-Unis, Pays-Bas, Royaume-Uni) est en cours. En Allemagne, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni, la profession médicale est structurée et reconnue, ce qui permet d'étendre la négociation conventionnelle à l'amélioration et à la diffusion des bonnes pratiques et aux modes de contrôles. L'organisation professionnelle dans ces pays exerce une fonction que les URML n'ont jamais su exercer en France faute de disposer d'un espace de représentation toujours occupé exclusivement par la surenchère syndicale et les priorités ordinales.

## Rechercher et obtenir le consensus de tous les acteurs sur les réformes

Cette recherche du consensus politique sur des réformes d'ampleur est indispensable en raison de la nature des questions de santé et de la puissance des corporatismes. Ainsi, l'Allemagne (où l'endettement est interdit) et les Pays-Bas n'ont pu entreprendre de réformer leur système qu'en recherchant et obtenant d'abord le consensus politique. En Allemagne, l'accord SPD/CDU a permis, après un déficit de 3,4 Md€ en 2003, de redresser rapidement les comptes en 2004 (excédent de 4 Md€) et en 2005 (excédent de 1,7 Md€). Face à la nouvelle dégradation des comptes, Angela Merkel a obtenu fin 2006 un nouvel accord politique pour changer radicalement le mode de financement des caisses, faire évoluer le réseau des 250 caisses publiques dans le sens d'une plus grande productivité et d'une meilleure gestion du risque, revoir le rôle des associations régionales des médecins...

Le refus de l'endettement est une condition préalable. Sans lui, les décisions indispensables peuvent être reportées indéfiniment. Le déficit du régime général de 8 Md€ en 2005 n'a pas beaucoup ému parce que l'endettement a permis à tous les acteurs de réduire l'intensité des décisions à prendre. En l'absence de référence explicite à la règle d'équilibre annuel des comptes dans les modalités de financement des producteurs de soins, il ne peut exister de mécanismes de respect du vote annuel de l'ONDAM par le Parlement. Bien plus, et à l'instar de ce qu'il en est pour l'ensemble des activités économiques, les acteurs perdent tout repère sur les conditions d'une gestion véritable.

## Les voies d'une réforme en profondeur de l'assurance maladie

---

**S**auver l'assurance maladie exige que les réformes de la future législature s'attaquent (enfin !) à ses vrais problèmes de financement et de gestion. Certaines propositions sont complètement nouvelles, d'autres s'inscrivent dans des réformes amorcées auxquelles une nouvelle impulsion est nécessaire.

Pour le financement : en rendant la fiscalité stable et cohérente avec les dépenses d'assurance maladie, en dotant la France d'un pilotage des finances sociales à la hauteur du refus catégorique de l'endettement (y compris sous ses formes masquées) et en renouvelant les modalités de financement direct par les assurés pour le rendre plus équitable et plus efficace.

Pour la gestion : en menant à son terme la réforme des hôpitaux, en concluant un nouveau pacte avec les professions de santé et en renouvelant profondément le pilotage du système de soins.

### Corriger les défauts des prélèvements sociaux et stabiliser les ressources

L'augmentation des prélèvements sociaux ne réglera aucunement les défaillances, nombreuses, de notre système de soins. La réforme des prélèvements exige surtout, en France, qu'on donne à l'assurance maladie des ressources stables et complètes. Quatre principes doivent guider toute réforme :

- rendre les ressources moins sensibles aux fluctuations de la masse salariale, au moyen notamment d'une fiscalisation accrue ;
- corriger les multiples incohérences d'assiette et de taux de la CSG ;
- affecter à l'assurance maladie les ressources qui lui reviennent par nature ;
- rendre impératif au profit de l'assurance maladie le principe de neutralité financière et comptable des décisions de l'Etat.

## Imposer des mesures de rééquilibrage en temps réel

### Refuser la mise en place d'une « CADES bis »

En amont, il n'est plus acceptable que les déficits prévisionnels soient couverts en loi de financement par de simples ressources de trésorerie, ce qui mène tout droit à l'endettement. Il est surprenant de constater que les lois de financement de la Sécurité sociale sont votées en déséquilibre. En effet, y figure depuis 2005 le solde prévisionnel de l'exercice pour toutes les branches de la Sécurité sociale. Or ces soldes sont déficitaires en 2006 et 2007. Mais ce que ne précise pas la loi de financement, ce sont les moyens permettant de couvrir les dépenses par des recettes permanentes. La loi se contente de fixer la limite financière à l'intérieur de laquelle les organismes peuvent avoir recours à des avances de trésorerie de la Caisse des dépôts et consignations (ce qui revient à régler un problème de solvabilité par de la liquidité supplémentaire et coûteuse). La loi de financement pour 2007 a fixé ce plafond à 28 Md€<sup>43</sup> ce qui montre clairement qu'il ne s'agit pas de couvrir des découverts temporaires de trésorerie mais bien l'absence de ressources permanentes qu'il faudra tôt ou tard trouver (plutôt tard ces dernières années). En traitant les déficits comme des découverts temporaires de trésorerie (liés au décalage entre les paiements et les encaissements de cotisations sociales et de CSG), on a différé les vraies décisions de maîtrise et les vraies réformes. Lorsque la Caisse des dépôts et consignations a signifié qu'elle ne prêtait plus (comme en 2004), le déficit a été repris par la CADES.

Le refus de l'endettement de long terme ne peut avoir un sens que s'il concerne toutes les formes de financement par l'emprunt. Or, l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS), chargée de gérer la trésorerie de la Sécurité sociale, a été autorisée par la dernière loi de financement à émettre des billets de trésorerie. En 2004, elle avait déjà été autorisée à diversifier ses sources de financement bancaire. En décembre 2006, elle a mis en place un programme de billets de trésorerie de 6,5 Md€. Une « CADES bis » est donc en train d'émerger, en contradiction flagrante avec la résolution vertueuse de ne plus financer les déficits par des emprunts.

**43.** Pour le seul régime général. Le fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA) est autorisé à s'endetter à court terme à hauteur de 7,1 Md€ (ce qui représente la moitié de ses recettes prévisionnelles pour 2007 – 14,5 Md€)

## Utiliser les instruments disponibles pour corriger les déséquilibres

En cours d'exercice, toute prévision de déficit devrait ainsi entraîner le dépôt d'une loi de financement rectificative. Le comité d'alerte doit pouvoir se prononcer sur les risques de déficit et non seulement sur le dépassement des objectifs de dépenses. De son côté, s'il devait refuser les propositions que lui présente la CNAMTS, le gouvernement devrait le justifier publiquement et indiquer les mesures qu'il va prendre (baisse de tarifs, augmentation de la franchise ou CSG « flottante » s'il y a lieu). Les mesures à prendre en cas de prévision de déficit devraient être fixées d'avance afin de les rendre automatiques.

Répetons-le, l'extrême sensibilité des ressources de l'assurance maladie à la croissance des salaires ne permet pas d'espérer, à défaut d'une réforme rapide des prélèvements, un rééquilibrage automatique sur la durée d'un cycle. Outre que d'éventuels excédents ne manqueraient pas d'être immédiatement dépensés, leur niveau est sans commune mesure avec les déficits, on l'a vu en 2002 et 2003 après trois années où l'équilibre était proche.

## Renouveler la participation financière des assurés pour plus d'équité et d'efficacité

La recherche de l'équilibre financier est inséparable d'une réflexion sur le mode de participation des assurés.

En raison des couvertures complémentaires, cette participation ne contribue en rien à modérer la consommation de soins. D'autre part, elle doit satisfaire autant à un objectif d'équité que de maîtrise des dépenses. Les prélèvements sociaux, avec notamment la CSG, sont en effet peu contributifs. C'est vrai aussi du côté des dépenses, l'assurance maladie ne modulant d'aucune manière les remboursements en fonction des revenus des assurés sociaux. La redistribution s'effectue des bien-portants vers les malades sans critère de ressources. Peut-on encore continuer à ignorer la capacité contributive des assurés ?

De plus en plus d'assurés sont exonérés de ticket modérateur et bénéficient de la gratuité des soins comme dans le cas des ALD et de la couverture maladie universelle complémentaire. La part des dépenses intégralement prises en charge dans l'ensemble des remboursements est de près de 60 % en 2005.

Ce mouvement d'exonération explique la remarquable stabilité du taux de prise en charge par l'assurance maladie (autour de 77 %), et relativise fortement les discours sur le « désengagement », voire sur la « privatisation » de la Sécurité sociale<sup>44</sup> ! D'une part, en effet, le taux de prise en charge n'a pas faibli, d'autre part l'Etat subventionne la couverture complémentaire et s'immisce de plus en plus dans la définition et le contenu des contrats d'assurance.

En dépit de cette tendance, il faut bien admettre que le mécanisme de la CMUC est compliqué, peu lisible et nécessite des adaptations permanentes pour couvrir les personnes au-delà du plafond de ressources qui peuvent avoir un « reste à charge » (RAC) très élevé. Le taux de reste à charge connaît en effet des disparités fortes en France.

Il revient au haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie d'avoir montré pour la première fois sa forte dispersion. Il est en effet de l'ordre de 185 € en moyenne par personne pour 85 % de la population (900 € pour les 15 % restant) avant couverture complémentaire, dépassement inclus (taux d'effort des ménages inférieur à 3 % de leurs revenus) et de l'ordre de 80 € après couverture complémentaire (taux d'effort des ménages inférieur à 1 %).

Mais, rapporté au revenu des ménages, il passe de près de 15 % pour les 5 % d'assurés les plus pauvres à 1,5 % pour les plus riches. « A chaque niveau de revenu, le taux d'effort des assurés est dispersé. De ce fait, il est des situations où il est déjà significatif même pour des ménages élevés d'une part et difficilement supportable pour des ménages modestes d'autre part<sup>45</sup> ».

---

44. Comme l'a bien noté le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie dans son rapport annuel pour 2006, « contrairement à une idée reçue, dans le partage de la dépense de santé entre les différents acteurs, on observe un déport des ménages et des complémentaires vers les régimes de base » (p. 15).

45. Rapport cité, page 46.

Plusieurs facteurs contribuent à l'alourdissement du reste à charge. On laissera de côté les déremboursements des médicaments à SMR faible ou insuffisant (374 M€ en 2006) qui en théorie n'ont pas d'impact sur le reste à charge, le maintien d'un taux réduit de remboursement étant provisoire. On laissera également de côté les dépassements d'honoraires (9 Md€ en 2006) en général car le niveau de reste à charge doit être apprécié à partir du tarif opposable <sup>46</sup>. La question des dépassements renvoie en fait à l'existence et à la qualité de la couverture complémentaire. Cette question est également centrale du fait de la franchise de 1 € instaurée en 2005 pour chaque consultation, de la hausse régulière du forfait hospitalier (14 € au 1<sup>er</sup> janvier 2005, 16 € au 1<sup>er</sup> janvier 2007), des pénalisations financières hors parcours de soins, de la franchise de 18 € instaurée en 2006 pour les actes médicaux supérieurs à 91 € (les patients en ALD en sont exonérés). Or 10 % de la population n'est pas couverte par un contrat d'assurance maladie complémentaire et, parmi les 90 % couverts, les différences de couverture sont fortes notamment pour la prise en charge des dépassements. La couverture des contrats collectifs est plus large que pour les contrats individuels. Pour les retraités sortant des contrats collectifs et pour les salariés d'une PME, la qualité de la couverture peut être médiocre. En outre, dans son dernier rapport <sup>47</sup>, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a constaté un écart entre l'augmentation des primes émises ou recouvrées par les organismes de protection complémentaire (hausse de 39 %) et l'augmentation des dépenses de soins financées par les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance (hausse de 25 %). Ce renchérissement peut conduire à diminuer la qualité de la couverture pour de nombreux assurés sociaux.

Quant au dispositif d'ALD, il exonère complètement les malades alors même qu'on pourrait seulement neutraliser le surcroît de dépenses occasionnées en maintenant un reste à charge de même ordre que pour les patients non exonérés. Comme le note le Haut conseil, « la ligne de partage ALD/non ALD ne colle pas strictement au niveau du reste à charge – RAC – (si 26 % des ALD ont un RAC – avant exonération – supérieur à 24 000 €, 8 % ont un RAC avant exonération inférieur à 500 € qu'ils pourraient supporter ; à l'inverse, près de 9 % de assurés non ALD ont un RAC élevé (500 €)

<sup>46</sup>. A la réserve près (et forte) que la médecine de secteur I soit bien répartie sur tout le territoire, ce qui n'est pas le cas actuellement.

<sup>47</sup>. Juillet 2006, p. 25.

qu'ils doivent assumer ». On devrait ainsi considérer qu'au-delà d'un certain seuil la dépense est intégralement prise en charge et non pas exonérer complètement sans tenir compte du vrai reste à charge ni des revenus.

Il serait donc plus simple, moins coûteux et plus équitable de remplacer l'ensemble des dispositifs de prise en charge intégrale des dépenses et décider qu'au-delà d'un certain pourcentage du revenu du ménage, les dépenses de santé sont intégralement remboursées. Ce pourcentage signifierait que le niveau de remboursement étant fonction du niveau de revenu de la personne, le RAC serait proche de 0 pour les personnes bénéficiant déjà de la couverture maladie universelle complémentaire et augmenterait avec les revenus. A titre d'illustration, on prendra trois niveaux de revenus annuels différents : 12 600 € (smic), 36 000 €, 120 000 €. Si on fixe une franchise de 2 %, cela signifie que pour la personne rémunérée au smic, ses dépenses de santé sont intégralement prises en charge au-delà de 252 €, pour une personne gagnant 36 000 €, ses dépenses sont intégralement prises en charge au-delà de 720 € ; enfin pour une rémunération de 120 000 €, la prise en charge intégrale commence à partir de 2 400 € de dépenses.

### Quelques exemples étrangers <sup>48</sup>

*En Allemagne, les frais restant sur une année à la charge des malades chroniques sont plafonnés à 1 % de leur revenu brut. Pour les autres assurés, le plafond est fixé à 2 % du revenu brut. Au-delà de ces plafonds, le remboursement est intégral.*

*En Belgique, les restes à charge sont limités par un « maximum à facturer » qui augmente avec les revenus par tranche selon le barème suivant : 450 € par an et par personne pour un revenu inférieur à 15 000 € ; 650 € pour un revenu compris entre 15 000 et 23 000 € ;*

48. Ce tableau est tiré d'un article de François Ecalte : *Assurance maladie : plafonner les franchises et tickets modérateurs en fonction du revenu*, à paraître au cours du 2<sup>e</sup> trimestre 2007 dans la revue *Sociétal* n° 56. Voir aussi sur ce sujet, du même auteur, *Maîtriser les finances publiques ! Pourquoi, comment ?* *Economica*, 2005, p. 316-318.

*1 000 € pour un revenu compris entre 23 000 € et 31 000 € ; 1 400 € pour un revenu compris entre 31 000 € et 39 000 € ; 1 800 € pour un revenu supérieur à 39 000 € .*

*Au Canada, le dispositif varie selon les Etats. Au Québec, les restes à charge au titre de l'achat de médicaments sont plafonnés à 200 \$ canadiens pour les bénéficiaires du « supplément de revenu garanti » maximal, à 570 \$ pour les bénéficiaires du « supplément » partiel et à 880 \$ pour les autres assurés.*

Un tel dispositif permettrait de jouer un rôle de redistribution sociale et de corriger les déséquilibres financiers de l'assurance maladie. Ce taux de franchise pourrait de plus être modulé afin d'introduire une certaine progressivité et, au-delà d'un certain seuil, au contraire, une dégressivité. Il ne serait pas acceptable que pour un certain niveau de revenu, l'assurance maladie soit déchargée de toute prise en charge. Mais compte tenu du fait que les dépenses seraient intégralement prises en charge au-delà d'un certain montant, une telle mesure ne pourrait être mise en place qu'avec un dispositif de régulation fort sauf à s'exposer à un phénomène d'« aléa moral ».

En définitive, plutôt que d'aboutir à des situations iniques au sein même de l'assurance maladie et transformer l'assurance complémentaire en un pan de l'économie administrée, il serait préférable de donner à la « solidarité nationale » une dimension plus équitable et de laisser jouer des mécanismes de marché pour ceux qui le peuvent.

## **Mener à son terme la réforme des établissements de santé**

Alors que la T2A constitue un important levier pour changer le management hospitalier, de fortes incertitudes pèsent sur l'issue de la réforme. Le calendrier fixé par la loi (50 % de convergence tarifaire entre les secteurs publics et privés en 2008) ne sera pas respecté si des études et des réformes

d'ampleur ne sont pas menées rapidement. A défaut de bien identifier les écarts de coût acceptables en raison de la différence des missions de chacun des secteurs, il n'y aura aucun consensus sur le sujet. Pour aboutir à des tarifs convergents, il faut que leur périmètre soit homogène, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Enfin, la convergence doit aller de pair avec des décisions assumées et un accompagnement des établissements dès lors que la répartition de l'offre de soins sur le territoire se trouvera modifiée.

## **S'appuyer sur la nouvelle donne démographique pour engager la négociation d'un nouveau pacte avec les professions de santé libérales**

### **Une nouvelle donne : moins de soignants, plus de femmes, une transformation des prises en charge**

La médecine de ville est en pleine mutation. Le nombre des médecins va décroître dans les dix prochaines années. Le cinquième des médecins et des masseurs-kinésithérapeutes et le quart des chirurgiens-dentistes ont plus de 55 ans. Pour les omnipraticiens, dont la tendance est à la baisse, il faut ajouter les incertitudes pesant sur le nombre réel de médecins en exercice et sur la durée de carrière libérale, qui, selon l'IRDES, ne dépasse pas en moyenne dix-huit ans.

D'autre part, en dépit du classement de la médecine générale au rang de spécialité, il n'est pas sûr que les postes ouverts soient pourvus au terme de l'examen national classant. Dans le même temps, les inégalités de densité médicale ne semblent pas être en voie de réduction (194 médecins généralistes pour 100 000 habitants en PACA, Ile-de-France, Corse, Languedoc-Roussillon contre 136 pour 100 000 dans les régions Centre, Normandie, Pays de la Loire et Champagne-Ardennes ; la densité varie du simple au double pour les infirmières).

## L'évolution de la démographie médicale

*Il y a actuellement en France 329 médecins pour 100 000 habitants (contre 464 en Allemagne, 235 aux Etats-Unis et 175 au Royaume-Uni).*

*Les projections montrent que le nombre de médecins diminue régulièrement à partir de 2004 pour atteindre 193 000 en 2010 et 161 000 en 2020. Les médecins généralistes passeraient de 100 000 en 2002 à 97 000 en 2025 ; les spécialistes de 104 600 à 88 800. Pour les médecins salariés hospitaliers, leur nombre devrait décroître à partir de 2007 (passant de 57 400 à 57 000 en 2010 puis 51 200 en 2020).*

*La densité médicale passerait ainsi de 329 médecins pour 100 000 habitants en 2005 à 307 en 2010 puis 250 en 2020.*

Les générations nouvelles, en majorité féminines (10 % du corps médical en 1962, 36 % en 2003 et 39 % au 1<sup>er</sup> janvier 2005), ne souhaitent pas reproduire le genre de vie et le mode d'organisation professionnelle de leurs aînés. Une enquête de l'Ordre national des médecins<sup>49</sup> en 2006 montre que le mode d'exercice de la profession est nettement différent selon que l'on est une femme ou un homme : près de 50 % des femmes préfèrent le salariat contre 25 % des hommes. En 2004, 65 % des étudiants en deuxième année de médecine sont des femmes. Cette situation crée ainsi une nouvelle donne par rapport à celle des vingt dernières années.

Les années qui viennent vont également être marquées par des changements importants dans les conditions de prise en charge des malades. Le premier rapport de l'Observatoire national des professions de santé (ONDPS) en 2004 a bien montré les effets sur les pratiques soignantes du vieillissement de la population, de la diminution des durées de séjour, de la médicalisation accrue des prises en charge, des nouvelles exigences de sécurité et de qualité et de l'augmentation des potentialités technologiques. Tous ces facteurs vont

<sup>49</sup>. Cf. Le bulletin de l'Ordre des médecins, n°4 avril 2006.

entraîner un regroupement, une coordination et une mutualisation accrue des professions de santé. Dans la conclusion de son premier rapport, l'ONDPS préconisait de mieux répartir les médecins entre les différentes disciplines sur le territoire, d'accélérer le regroupement des moyens pour améliorer les conditions de travail et la prise en charge des patients et repenser la répartition des compétences pour permettre une amélioration de l'offre de soins.

Ces trois conditions constituent une occasion unique d'organiser autrement l'offre de soins libérale, en réaffirmant la responsabilité de l'Etat dans la sélection et la répartition géographique des professionnels de santé. Le mécanisme de l'examen national classant (le concours de l'« internat ») qui détermine actuellement le choix des différentes spécialités par les étudiants en médecine est à revoir au profit d'une planification régionale des spécialités médicales. Par ailleurs, des incitations plus importantes à l'installation des médecins dans les zones géographiques moins attractives sont à prévoir en combinant aides financières et accompagnement par les communes à l'exercice regroupé. Il faudrait sans doute aussi lever le tabou du conventionnement sélectif pour assurer une couverture correcte des zones défavorisées.

## **Un pacte de longue durée sous le contrôle du Parlement**

Sans un accord suffisant des professionnels de santé, toute réforme d'ampleur est impossible. La négociation d'un pacte de longue durée entre pouvoirs publics et professions de santé est indispensable pour fonder, sous le contrôle du Parlement, une relation nouvelle et équilibrée : les pouvoirs publics doivent garantir aux professionnels la qualité de leur outil de travail et son financement en contrepartie d'un accord de ces professions sur la modernisation du cadre de leur exercice et le respect des mesures indispensables à l'équilibre des comptes annuels.

La négociation de ce pacte serait à engager immédiatement, entre le gouvernement, l'assurance maladie et les professions de santé en reportant à l'issue de cette négociation toutes les mesures tarifaires relatives aux professions de santé.

## Trois axes de réformes

Elles doivent rendre possible la mise en place d'une modernisation résolue de l'organisation des soins des soins, satisfaisant aux objectifs de justice sociale, d'efficacité sanitaire et d'efficience des financements publics.

En premier lieu, il conviendrait d'aménager le dispositif protectionniste qui fait obstacle, pour les professions de santé, aux regroupements et partage des compétences et de prévoir des modes d'organisation et de rémunérations les favorisant.

En deuxième lieu, l'organisation des soins devrait évoluer avec les attentes de la population et des associations de patients. Il s'agit, en s'appuyant sur les schémas régionaux des soins (SROS) de mars 2006 (dits de « troisième génération »), d'accélérer le volet prévention et santé publique des soins, d'organiser sérieusement la permanence des soins et une prise en charge homogène sur le territoire.

Enfin, il conviendrait de disposer de mécanismes de régulation économiques opérants remplissant à cet effet deux conditions : assurer la transparence des comptes des établissements de soins et des revenus des professionnels et permettre le respect effectif sur l'année des objectifs de dépenses votés par le Parlement.

## Mettre en place un pilotage global du système de santé véritablement efficace

Le pilotage d'un système de santé moderne a deux fonctions à remplir : organiser en permanence l'adaptation du système de production de soins à la demande et s'inscrire dans le cadre financier global déterminé par la puissance publique. Dans tous les pays de l'OCDE, cette fonction est exercée par le gouvernement central, avec une dose variable de décentralisation sur les collectivités territoriales ou des assureurs publics ou privés. Ce pilotage est à organiser à un niveau proche du terrain car les adaptations régulières du système de production de soins supposent des négociations permanentes avec les professionnels de santé et les hôpitaux. Ce pilotage doit également

être placé dans un cadre financier rigoureux sous le contrôle du niveau national. Il en découle deux propositions de réorganisation pour notre pays.

### **Concentrer dans une agence régionale de santé le pilotage local du système**

Cette réorganisation s'inscrit dans la ligne des réformes des dix dernières années. Elle consiste à étendre à la médecine ambulatoire le mécanisme de pilotage qui existe depuis 1996 pour les hôpitaux publics et privés. Des agences régionales de santé, bâties sur le modèle des agences régionales d'hospitalisation (ARH), doivent se voir confier la responsabilité de l'ensemble des activités de santé, sur les plans organisationnel et financier, au niveau régional. Prévues par la réforme de 2004, cette mesure tarde à entrer dans les faits. Il est enfin temps de donner au pôle régional une vraie efficacité en matière de la politique de santé et de mettre fin à la dispersion des interventions de tous les acteurs qui a été privilégiée jusqu'ici.

Cette réforme bute sur une double difficulté d'application. Techniquement, il faut arriver à articuler niveau national et niveau régional dans les mécanismes conventionnels, entre professionnels de santé et assurance maladie. Or il se trouve que ces acteurs sont attachés à la centralisation. Par ailleurs, l'assurance maladie a besoin de garanties sur l'exercice de ses pouvoirs au niveau régional. Mais aucun de ces deux obstacles n'est insurmontable.

### **Différencier progressivement le rôle des deux grands acteurs dans le pilotage national**

Le bilan de la réforme de 2004 a montré que le ministère de la Santé et l'assurance maladie continuent de se partager approximativement le pilotage national, notamment sur le plan financier. Cette difficulté existe depuis des décennies et il serait vain d'imaginer lui trouver des solutions rapides. Comme dans la proposition précédente, la voie choisie consiste à accélérer les évolutions en cours, en différenciant pilotage stratégique et gestion opérationnelle.

Au ministère de la Santé doivent revenir le pilotage stratégique, le cadrage financier et la garantie de justice sociale. Ces fonctions sont à organiser en étroite association avec le rôle attribué au Parlement dans le vote annuel du budget de l'assurance maladie. A l'assurance maladie, le contrôle de la gestion opérationnelle du système de santé, c'est-à-dire la conduite des négociations d'ensemble avec les professions de santé et les hôpitaux et le suivi de l'exécution des budgets votés. La création des agences régionales de santé impliquera à terme une refonte des modes de pilotage centraux.

Ce nouveau partage des tâches est lié à la mesure précédente : le respect des objectifs annuels de dépense votés par le Parlement suppose que les nouvelles agences régionales de santé disposent effectivement d'outils leur permettant de faire respecter par les acteurs locaux de la médecine ambulatoire et des hôpitaux les budgets annuels qui leur sont assignés. Il implique une articulation régionale des conventions avec les professions de santé.

\*

\*

\*



# Conclusion

Le très fort attachement des Français à cette conquête de l'après-guerre qu'est l'assurance maladie place celle-ci au cœur de notre pacte social. Rien n'est plus vain, donc, que de vouloir réformer l'organisation et le financement de notre système de soins à coups de recettes miracles : pour les uns la concurrence des acteurs, pour d'autres la remise en cause de la médecine libérale, la séparation des financements sur la base des « petits risques » et des « gros risques ». Recettes miracles et statu quo ont fait jusqu'ici bon ménage pour le plus grand profit des détenteurs de la dette sociale.

Notre système de santé présente des imperfections mais il est globalement apprécié des Français et à juste titre. Les conditions de son financement, de son équilibre financier et de sa gestion doivent toutefois être profondément revues pour assurer sa pérennité. Mais en matière de santé, il faut privilégier une réforme profonde plus que radicale et s'appuyer sur les équilibres et acquis existants, ce qui est autrement ambitieux et difficile. La soutenabilité et l'efficacité de notre système de soins impliquent de disposer à la fois de mécanismes permettant d'agir à court terme pour éviter l'enlisement dans le déficit et d'instruments structurels permettant de maîtriser les coûts, d'infléchir les pratiques et les comportements et de garantir tant son efficacité que son efficience.

Il est donc temps de s'attaquer aux vrais problèmes de l'assurance maladie : ressources instables, pilotage financier déficient, manque d'équité, déficit de productivité, gouvernance inadaptée, organisation des soins archaïque, etc.

Notre système de santé mérite de vraies réformes plus que de grands discours débouchant sur l'immobilisme. Le temps est venu du courage éclairé !



# L'auteur

**Emmanuel Roux** est haut fonctionnaire, spécialisé dans les questions sociales.



## **POUR EN FINIR AVEC LA DETTE : DÉFINIR UNE VOIE DE RÉFORME POUR L'ASSURANCE MALADIE**

▶ Ces dix dernières années ont été marquées par une crise quasi ininterrompue du financement de l'assurance maladie et par le choix du recours à la dette comme mode de gestion politique des déséquilibres financiers. Le souci prioritaire fut tout à la fois de trouver les ressources manquantes en alourdissant le moins possible les prélèvements obligatoires et d'éviter d'avoir à s'attaquer réellement à un système de santé dont la crise de 1995 avait montré combien il était difficile à réformer. Chaque transfert de déficit vers la caisse d'amortissement de la dette sociale (110 Md€ repris depuis 1995) peut donc être perçu comme un sauvetage conjoncturel. Dans le même temps, les insuffisances de notre système ont perduré : l'offre sanitaire est mal répartie, l'organisation des soins manque d'efficacité, les responsabilités sont mal exercées et le financement et les pratiques restent éloignés de véritables objectifs de santé publique. Le recours à la dette n'est donc pas seulement la conséquence des échecs passés ; il en est aussi la cause. Il n'est plus possible de différer une vraie réforme si nous voulons rester fidèles au principe de solidarité.

### **VOS RÉACTIONS SUR DÉBAT 2007.FR**

Lancé par l'Institut de l'entreprise, Débat 2007.fr est un site de mobilisation de l'opinion publique autour des enjeux économiques et sociaux au cœur de l'élection présidentielle de 2007.