



CONTRIBUTION AU DÉBAT

**LA REEVALUATION DE LA POLITIQUE D'ASSURANCE MALADIE
ET LA RESORPTION DU DEFICIT**

Faite de résignation au déficit - qui nous reste promis jusqu'à au moins 2011 -, de mesures avouées comme partielles et d'espoirs naïfs en l'amélioration des comportements, la politique d'assurance maladie a singulièrement besoin d'être réévaluée.

Mais la tâche sera difficile. Centrer, comme nous l'avons fait, toute la politique sur la maîtrise de la dépense, a permis de se donner le double confort d'accepter une date éloignée pour le retour à l'équilibre des comptes et d'éviter de poser la question du contenu même du système d'assurance, déchargé *a priori* de toute responsabilité dans les difficultés financières.

Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que les recommandations et objurgations de l'assureur public continuent à s'adresser uniquement aux autres : aux assurés qui exagèrent, aux médecins qui ne les guident pas efficacement et ne sont pas eux-mêmes vertueux, aux laboratoires qui ne produisent pas suffisamment de médicaments peu coûteux, aux hôpitaux et cliniques qui sont mal gérés. Quand il a fait le tour de toutes ces insuffisances, l'assureur public ne se tourne jamais vers lui-même ; jamais il ne se dit : « C'est entendu, tous les autres font mal, mais moi assureur public, est-ce que je fais bien ? Est-ce que j'assure bien ? »

Un véritable assureur ne cherche pas d'abord à changer le monde autour de lui. Il participe parfois, de façon individuelle ou collective, à des actions dans ce but, mais pour l'essentiel il prend le risque tel qu'il est et il l'assure tel qu'il est. Il considère que sa valeur ajoutée, à lui assureur, est de mutualiser équitablement et efficacement le risque entre les assurés. Et quand le risque change, ce qui arrive souvent, il en modifie la répartition.

L'assurance maladie actuelle ne se voit pas dans le rôle d'un répartiteur de risque. Dans l'histoire déjà longue de l'assurance maladie, l'évolution de la société a fait apparaître des besoins nouveaux ; ils ont été satisfaits par l'ajout de droits nouveaux aux droits anciens, sans réexamen autre que marginal de ces derniers, ce qui explique pourquoi notre assurance maladie a été perpétuellement à la recherche de nouveaux financements, et l'est encore. C'est cette logique qu'il faut répudier. Si nous ne le faisons pas, nous continuerons à entasser mesure sur mesure jusqu'à - on le voit bien en ce moment - renier nos principes.

La réévaluation n'est certes pas que financière ; elle implique au contraire que l'on modifie sensiblement l'idée que nous nous faisons du rôle de l'assurance. Mais la question de la répartition du risque est au cœur du sujet. **Si on accepte de rééquilibrer la charge qui pèse sur les assurés**, ce qui est au demeurant souhaitable du strict point de vue de l'équité, **il est possible de résorber le déficit sans augmentation de la charge sociale ou fiscale, en particulier en évitant la création d'un nouvel impôt qui, si intelligent soit-il, sera d'abord un impôt de plus.**



LA DISTRIBUTION DU RISQUE MALADIE

La distribution du risque maladie est retranscrite dans le graphique qui suit. Conformément à la présentation retenue par l'autorité de référence, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, il décrit la dépense de soins éligible à l'assurance universelle, donnée ici en valeur 2004, en répartissant en vingt quantiles, par ordre croissant des dépenses, la population qui « consomme » des soins et de l'assurance.

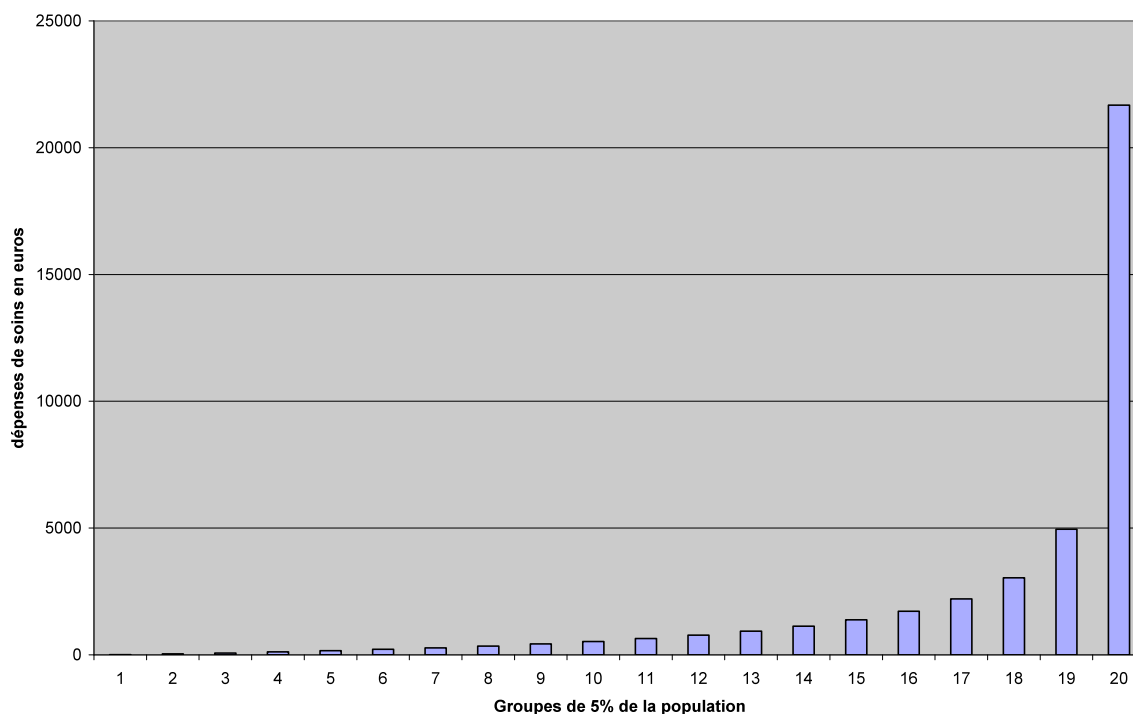


Fig 1- La distribution du risque maladie

Sur ce graphique, les caractéristiques du risque maladie apparaissent clairement. On note :

- sa grande diffusion : 90% des assurés ont recours aux soins et à l'assurance ;
 - son démarrage très lent : la très grande majorité de nos compatriotes n'exposent que des dépenses modérées ou très modérées ;
 - le poids extrême du risque lourd, qui se lit notamment dans le fait que dans le dernier quantile la dépense est plus de quatre fois supérieure à celle de l'avant dernier.
- On ne le relève que rarement mais ces caractéristiques font du risque maladie un risque facile à assurer.**



Le graphique qui suit est, à l'échelle près, homogène au précédent. Il illustre la répartition constatée de la charge résiduelle entre les assurés, après le jeu de l'assurance publique - le reste à charge (ou RAC dans le vocabulaire actuel) c'est-à-dire la dépense de santé qui n'est pas prise en charge par l'assurance maladie obligatoire - pour cette même année 2004.

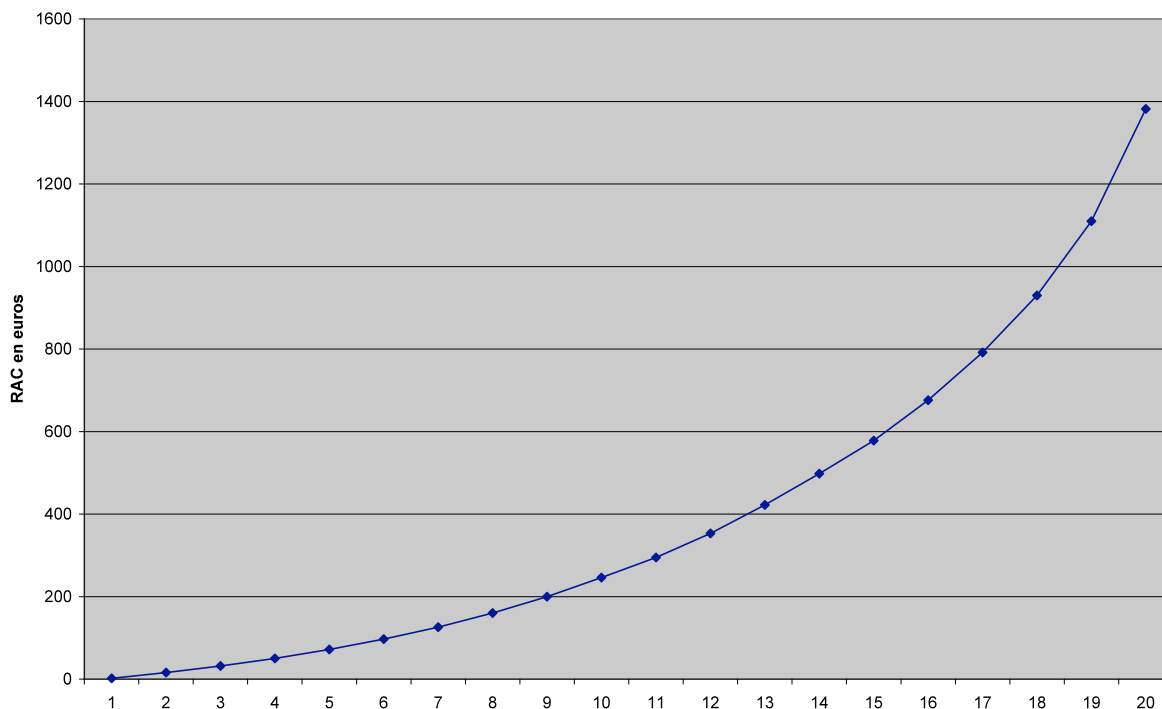


Fig 2- Le reste à la charge de l'assuré

A l'extrémité de la courbe, cette charge représente un poids excessif pour les ménages modestes, beaucoup plus excessif même qu'il n'apparaît sur le graphique qui est bâti sur les moyennes de chaque quantile, alors que la dispersion est forte autour de la moyenne (précisons que contrairement à la présentation qui en est faite, ceci n'a rien à voir avec les franchises en voie de création ; cette anomalie a été décrite pour la première fois dans un rapport de l'année 2004 relatif aux comptes de l'année 2000).

Autant qu'excessive la charge, que rien ne limite à l'avance, est aléatoire et la sécurité est imparfaite. Du coup, les défauts de notre système d'assurance sont immédiatement perceptibles. On attend en effet d'abord de lui qu'il lisse, qu'il homogénéise la charge du risque. Or notre système n'y parvient pas et les assurés restent exposés à des charges très disparates (de l'ordre de 1400€ pour la partie haute de la courbe).



Ces défauts ont été répertoriés dans le premier rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, mais depuis la réflexion a tourné court. Le souci de défendre notre organisation a conduit, à la suite d'un raisonnement quelque peu étrange, à décider qu'ils n'avaient pas beaucoup d'importance puisqu'ils étaient gommés par l'assurance complémentaire... Il est vrai que, par la force des choses, l'assurance complémentaire les corrige en partie, mais pas tous, pas pour tout le monde et pas dans les mêmes conditions. C'est par un tour de passe-passe qu'on l'enrôle dans le jugement porté sur l'assurance publique, ce qui permet, en outre, de tenter de lui imposer sa réglementation.

Ces insuffisances ne s'expliquent que par un long désintérêt. Tout occupés que nous sommes à perfectionner une organisation qui sans doute le mérite, nous nous refusons, implicitement ou explicitement, à nous interroger sur la façon dont notre assurance fonctionne. On a là un phénomène relativement classique dans le secteur public.



DU BOUCLIER SANITAIRE

On voit, avec le projet de bouclier sanitaire, l'inconvénient qu'il y a à traiter un seul des symptômes de l'inadéquation du système. L'idée de fixer un plafond aux restes à charge supportés par les assurés est tout à fait justifiée. Elle devra d'une façon ou d'une autre trouver sa place dans notre législation, ne serait-ce que parce que c'est indispensable pour supprimer l'aberrant régime des A.L.D.¹ Mais elle est loin de suffire. De plus, l'appendice qu'on lui adjoint le plus souvent, visant à organiser une dégressivité des prestations en fonction des revenus, est à la fois inutile et dangereux.

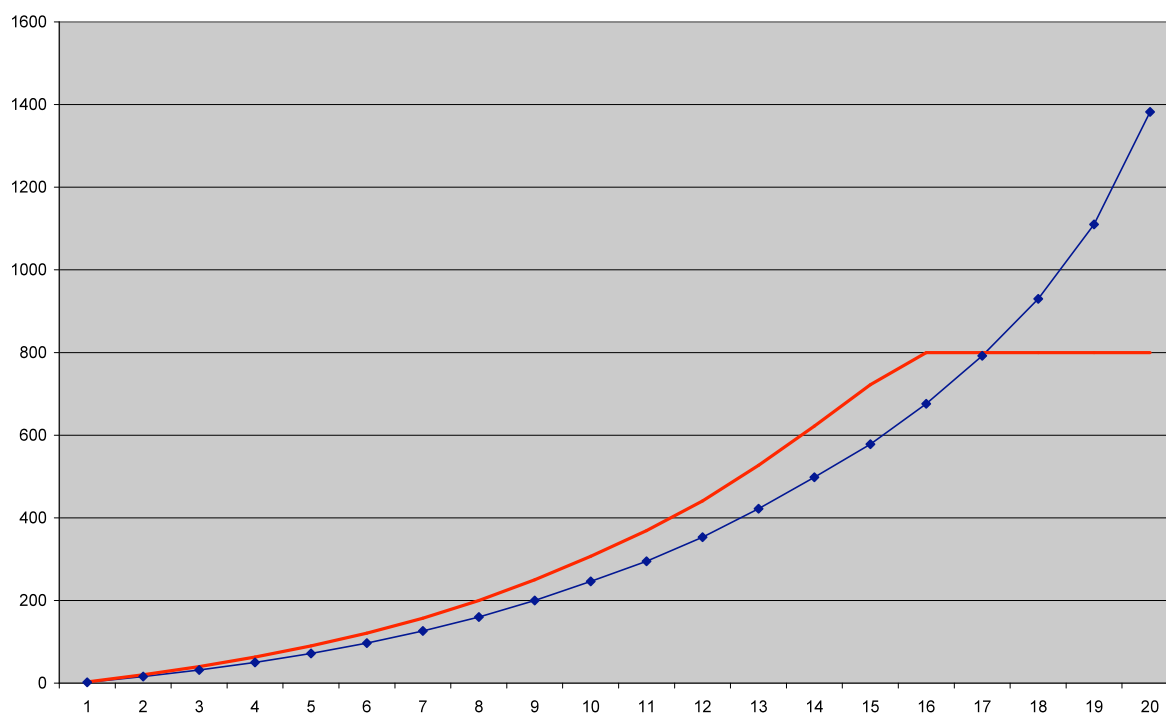


Fig 3- Le bouclier sanitaire

La solution envisagée consiste à plafonner l'évolution de la courbe à son extrémité. L'existence d'un plafond crée inévitablement un besoin de financement. Pour ne pas aggraver le déficit, les rapporteurs du projet ont proposé d'augmenter le ticket modérateur. La courbe prendrait donc alors la forme suivante dans le schéma - cible qu'ils ont retenu, quand on ajoute les dépenses hospitalières aux dépenses de ville.

¹ Une affection de longue durée est une maladie qui nécessite un suivi et des soins prolongés (plus de six mois) et des traitements coûteux ouvrant droit à la prise en charge totale. Pour ces affections, l'Assurance Maladie rembourse en effet à 100 % (du tarif de la Sécurité Sociale) les dépenses liées aux soins et traitements nécessaires.



Les rapporteurs du projet soulignent qu'il ne contribuera pas à la résorption du déficit, pour laquelle ils renvoient à la traditionnelle politique de maîtrise de la dépense, et que la charge résiduelle qui pèse tant sur les « gagnants » que sur les « perdants » de la réforme en sera peu modifiée. La redistribution de la charge étant faible, le plafond est élevé, de l'ordre de 800 euros. La logique de la démarche fait que les charges actuellement faibles ne sont que peu augmentées et que les personnes qui se situent déjà dans la deuxième partie de la courbe voient, elles, leur charge s'accroître jusqu'au moment où elle rencontre le plafond.

Si on veut répartir entre les assurés la totalité du risque, il faut augmenter plus substantiellement les restes à charge aujourd'hui faibles, ce qui suppose un changement dans la technique d'assurance. Faute sans doute d'expérience de la mutualisation des risques, on pense rarement, dans l'assurance publique, à déduire de la composition du risque la méthode de sa prise en charge. Il suffit pourtant d'un peu d'attention pour comprendre que la méthode « proportionnelle » du ticket modérateur inventée en 1930, à un moment où le risque était radicalement différent de ce qu'il est aujourd'hui, ne convient plus. Elle oblige à rembourser de petites dépenses et ne permet pas de prendre convenablement en charge les grandes, ce qui a obligé à créer en complément le système absurde et coûteux des A.L.D. **Il faut donc abandonner le ticket modérateur et tout ce qu'on lui a ajouté : les forfaits, franchises partielles et autres formules et les remplacer par une franchise de base annuelle, qui dans les conditions de 2004, aurait été de 600 euros par personne, toutes dépenses (de ville et d'hôpital) comprises. La courbe prend alors la forme suivante :**

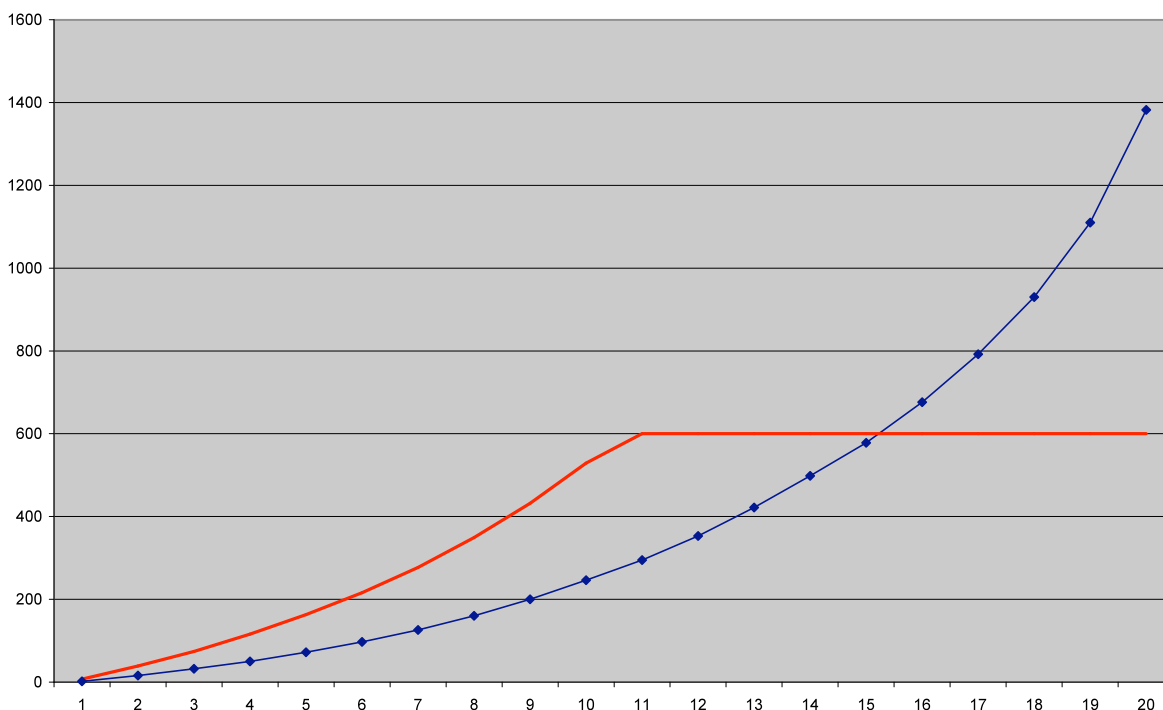


Fig 4- D'une franchise de base annuelle



A la différence des précédents, ce graphique incorpore la prise en charge du déficit à hauteur des 6 milliards d'euros nécessaires, toujours en valeur 2004. L'effet est matérialisé par la différence de surface des deux zones comprises entre les courbes.

C'est en même temps une méthode d'assurance plus efficace et plus équitable : Le plafond des dépenses est aussi bas qu'il peut l'être ; il est inférieur de plus de 200 euros à celui de l'hypothèse de référence de l'étude sur le bouclier sanitaire. Les restes à charge sont fortement égalisés.

L'augmentation du reste à charge moyen actuel ne sera pas très élevée. Dans les 600 euros, 100 seulement représentent la dépense supplémentaire résultant de la prise en charge du déficit (ces 100 euros multipliés par 63,4 millions de personnes produiront bien en effet 6,3 milliards). Cette augmentation moyenne sera d'autant plus facile à supporter qu'elle s'accompagnera d'une égalisation. Pour la moitié des assurés la charge diminuera. L'effort demandé ne s'adressera qu'à ceux pour lesquels cette charge est aujourd'hui faible et elle restera, par construction, inférieure pour eux à la moyenne.

Il est vrai, que dans cette organisation la moitié environ des assurés, c'est-à-dire un ménage sur trois sans doute, ne recevront pas de prestation une année donnée. Pour beaucoup de commentateurs, cela est impensable, l'assuré attendant un retour systématique de ses cotisations. Cela nécessitera donc certainement des explications, mais sont-elles vraiment si difficiles à donner ? Est-il vraiment impossible d'admettre que l'assurance publique est réservée à ce qui est véritablement le risque et ne couvre pas la consommation courante de soins ? Ce sont, après tout, les mêmes assurés qui acceptent de payer des cotisations sans retour autre qu'exceptionnel pour tous les autres risques de leur vie privée.

Nul ne sait exactement quels seront les effets de la politique de maîtrise des dépenses ni comment se terminera la course de vitesse avec les facteurs intrinsèques d'augmentation du coût. **La solution de bonne gestion est de résorber le déficit sans attendre** et d'engranger le moment venu le fruit de ces efforts, s'il y en a. Si on n'en prend pas la décision dès à présent, alors que l'ère des grands déficits a commencé en 2001 et est censée se poursuivre jusqu'en 2011, sans certitude aucune à propos de cette date, on ne fera que consolider une culture du déficit qui s'est déjà bien ancrée, le déficit apparaissant même déjà à certains comme l'appui nécessaire à une politique volontariste.



DE LA SOLIDARITE

On rajoute souvent au projet l'idée de hiérarchiser différents plafonds en fonction des revenus des assurés. Mais il n'y a pas de justification, autre que cosmétique, à cette mesure. Il existe en réalité un problème et un seul : les RAC élevés peuvent mettre à mal les budgets modestes. C'est ce problème qu'il faut traiter et il peut l'être comme cela est précisé ci-dessous. Aucune autre difficulté n'a été répertoriée qui exigerait d'aller plus loin. La séquence « *Il y a des restes à charge trop élevés... un plafond est nécessaire... le plafond coûte... l'effort doit peser sur les riches* » aboutit à une impasse, parce qu'en effet le problème n'est pas là.

Conçu à une époque où il n'y avait pratiquement pas de grand risque et où le recours aux soins était encore rare, notre système pouvait s'offrir le luxe de participer à toutes les dépenses, même légères. **Ce qui ne fonctionne plus actuellement, ce n'est pas la solidarité entre riches et pauvres à laquelle la progressivité des cotisations satisfait pleinement, c'est la solidarité entre malades et bien portants qui ne joue plus. Ces deux solidarités sont différentes l'une de l'autre et doivent donc être organisées séparément.**

Le bouclier sanitaire dans sa version extensive tente maladroitement de mêler les deux sujets. Il néglige le fait qu'un système d'assurance nécessite l'existence d'un corps central d'assurés jouissant d'une protection également efficace et capables, de ce fait, de prendre en charge une minorité bénéficiant de dispositions plus favorables. Toute individualisation des droits au - delà de ce clivage minorité/corps central est auto destructrice. Le lieu de l'individualisation de l'effort en fonction des revenus, ce sont les cotisations.

Du danger des excès

On sous- estime toujours les capacités de réaction des assurés qui, contrairement à ce qu'on pense, ne sont pas passifs. Une mesure de ce genre, précisément parce qu'elle n'est pas utile, a vocation à être aggravée régulièrement. On commencera par une pénalisation raisonnable des assurés raisonnablement riches, mais cette modération a peu de chance de passer même le cap de la première discussion parlementaire. On fera rapidement un sort aux « super riches » (ceux qui paient l'ISF ?).

Rapidement, leur couverture sera essentiellement garantie par l'assurance complémentaire qui leur demandera pourtant une cotisation plus basse que celle que continuera à leur demander l'assurance publique (plus basse car déterminée en fonction du risque qu'ils représentent et non de leurs revenus). Ils demanderont alors et obtiendront d'être assurés uniquement sur le marché, ce qui sera regrettable : ce sont eux qui paient les cotisations les plus élevées et le système public a besoin de ces cotisations. On nous donne souvent comme exemple d'une dégressivité réussie des prestations l'Allemagne, mais sans dire jamais que c'est précisément en Allemagne que les « riches » s'assurent sur le marché.



Le montant de la franchise annuelle

La solution de la franchise de base annuelle définie ici diminue de près de moitié la charge moyenne à la fin de la courbe. Il est très possible que cela suffise à résoudre le problème des budgets modestes. A tout le moins, ça le réduit fortement. Si on estime, après examen, qu'il faut faire quelque chose de plus, la franchise qui, on l'a vu, n'a pas créé le problème, en donne la solution : il suffira de créer pour ces personnes qui ne relèvent pas de la gratuité totale - réservée aux plus pauvres, c'est-à-dire aux CMUistes - une franchise spécifique, plus basse que la franchise générale. **C'est une formule qui peut être mise en place très vite alors que le bouclier sanitaire dans sa version maximum, infiniment plus compliqué à gérer, ne peut pas l'être.**

C'est une formule limitée pour un problème limité, qui ne justifie pas que l'on mette à bas un système redistributif admis, rodé et efficace. Une franchise par tête pénalise les familles nombreuses. La façon la plus simple de résoudre ce problème est de plafonner à, par exemple, quatre fois le taux de base la franchise globale. On peut estimer devoir faire plus : plafonner à trois fois ou exclure complètement les enfants du jeu de la franchise, ou toute autre mesure intermédiaire. L'avantage et le coût de toutes les solutions devront être estimés.

Que ce soit à cause des ménages modestes ou à cause des enfants, ces mesures nécessiteront un relèvement du taux de la franchise de base ; **le chiffre de 600 euros, établi de plus en valeur 2004, n'est donc qu'indicatif.**

Vraies et fausses solutions

En désespoir de cause, on se propose d'augmenter les subventions à l'assurance complémentaire, censée être plus apte à gommer certaines aspérités. C'est encore une mesure qui coûte, le déplacement d'une ligne budgétaire n'ayant jamais créé une ressource. La tendance, depuis plusieurs années, est d'incorporer l'assurance complémentaire proposée par les mutuelles et les compagnies d'assurance au dispositif public. C'est une erreur de jugement. Nul n'a intérêt au développement de ce dispositif, ni l'Etat dont les finances sont exsangues, ni l'assureur public qui doit assumer lui-même ses responsabilités, ni les assureurs complémentaires qui y perdraient rapidement leur liberté et qui n'ont nullement besoin de subventions.

Lors du prochain dérapage du déficit, la pression sera forte pour obtenir une nouvelle augmentation des cotisations ou de la CSG, ou la mise en place de la TVA sociale, dont le projet n'a pas été formellement abandonné. Il faudra alors que le gouvernement sache refuser l'alourdissement du financement public.



Transfert ou pas à l'assurance complémentaire

La solution proposée ne revient pas automatiquement à un transfert de charge vers l'assurance complémentaire. Chaque fois que se présente une situation où il y a autant de bénéficiaires que de cotisants, ce qui est le cas de la tranche basse des dépenses de l'assurance maladie, et où donc la cotisation s'établit au niveau de la prestation attendue, on assiste à un fort accroissement spontané de l'auto assurance. On ne peut pas préjuger de l'ampleur de ce mouvement, mais il se produira parce qu'il s'est déjà produit, et avec une grande ampleur, dans d'autres types de protection. Là non plus, il ne faut pas surestimer la passivité des assurés. Dans le cas des contrats collectifs, employeurs et salariés redéfiniront des besoins qui apparaîtront de façon nouvelle. On s'apercevra alors que l'assurance complémentaire est moins désirable et que le salaire direct peut être accru. Les assureurs complémentaires eux-mêmes ne chercheront pas à occuper la totalité du terrain mais seulement cette partie où ils seront le mieux à même de rendre des services rémunérés ou, pour reprendre la formule proposée par l'Institut Montaigne, devenir des assureurs supplémentaires. Tout ceci à condition bien entendu que le champ de ces discussions soit libre et que les pouvoirs publics admettent l'idée - actuellement mise à mal - que l'assurance supplémentaire ne relève pas de la décision publique. En calant l'assurance publique qui est l'élément directeur, sur la réalité du risque, on permettra la rationalisation de toute la chaîne organisationnelle. **Insistons sur ce point : ce qui augmentera, c'est l'auto assurance.**

Réforme ou révolution

La question est posée en ces termes par des commentateurs qui sont soucieux de réhabiliter la dépense de soins et sa contribution au développement économique et qui sont conscients de la nécessité d'un appel plus large à la concurrence et à la responsabilité des différents acteurs. La modification de la prise en charge du risque est une réforme, pas en elle-même une révolution. Réforme assez étendue toutefois : elle permet d'équilibrer les comptes ; elle fournit un critère rationnel pour la détermination de ce qui doit être pris en charge par l'assurance publique (le panier de soins) ; elle permet de libérer la consommation courante de soins des entraves qui la brident actuellement. En brisant la fausse identité entre la politique de la santé et celle de l'assurance maladie, elle évite de laisser une des deux politiques phagocyter l'autre.

Elle reste pourtant un élément d'une politique, une pierre que l'on peut placer dans des édifices différents. Elle peut s'insérer dans le système public tel qu'il est actuellement conçu ou prendre place dans une nouvelle assurance maladie faisant appel à la concurrence entre les divers opérateurs (« *Vers une nouvelle assurance maladie ?* »). Mais dans tous les cas de figure, c'est une pierre angulaire, car aucun système ne peut se passer de reposer sur une méthode rationnelle de prise en charge du risque.

J'en resterais là.

Jacqueline SIMON, conseiller maître honoraire à la Cour des Comptes, ancien directeur général au Groupe Victoire