

RÉINVENTER L'ASSURANCE MALADIE

Les dépenses de santé évoluent aujourd'hui plus vite que le PIB (de l'ordre de un à deux points de plus). En soi, cela n'a rien de dramatique : ces dépenses contribuent à la croissance de notre pays – c'est-à-dire à la création de richesses et d'emplois. À l'avenir, cette contribution a vocation à être encore plus importante. Pour autant, cette augmentation des dépenses de santé pose des problèmes considérables en termes de financement. Il semble désormais évident que, pour résoudre ces problèmes, le rafistolage ne suffit plus. Il apparaît nécessaire, précisément pour demeurer fidèle aux objectifs des fondateurs de l'assurance santé, de remettre à plat notre dispositif en lui donnant une architecture nouvelle, solide et en le dotant de financements pérennes. Il est temps de réinventer l'assurance-maladie.

Dans le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie de 2004, Bertrand Fragonard explicite bien le dilemme auquel est confronté notre système d'assurance maladie obligatoire :

- Pour que l'assurance maladie assure en 2020 un taux de couverture des dépenses de santé identique à celui d'aujourd'hui (soit 76 %), il faudrait d'ici-là doubler la CSG. Qui peut accepter cette perspective ?
- Pour que l'assurance maladie stabilise jusqu'en 2020 le volume de ses remboursements (en euros constants), alors il faudrait que le taux de couverture des dépenses de santé prises en charge se limite à 55 % des dépenses totales, soit l'équivalent

du poids des dépenses hospitalières et d'ALD¹ actuelles. Autrement dit, dans douze ans, nous ne pourrions plus rembourser, dans le cadre de l'assurance maladie, telle que nous la connaissons, que les longues maladies et les hospitalisations. Comment se résigner à cette attrition ?

La seule manière de trancher ce dilemme, de ne pas se retrouver dans la nécessité d'arbitrer entre deux options également inacceptables, c'est de changer de paradigme. De basculer dans un système alternatif. Nous devons pour ce faire nous poser la question suivante : quelle est la part des dépenses de santé qui relève de la solidarité et qui doit, à ce titre, être prise en charge par la collectivité, et

celle qui n'en relève pas et qui doit donc être couverte par un autre mécanisme ? Pour répondre, il est préalablement indispensable de clarifier le rôle des différents acteurs – au nombre de quatre – qui interviennent en matière d'assurance maladie : l'État, les assurés, les professionnels de santé et les institutions d'assurance² et de rendre pérenne le financement des dépenses de santé.

1. Clarifier le rôle des différents acteurs

Le système actuel se caractérise par une confusion, en matière d'assurance maladie, du rôle des différents acteurs. Clarifier

¹ Affections de longue durée.

² Pour complément, voir Claude Bébéar, *Vers une nouvelle assurance maladie*, in : La Jaune et la Rouge, novembre 2007.

« Pour 50 % de la population, la dépense annuelle moyenne en termes de soins n'excède pas 530 € »

le rôle de chacun est donc indispensable³. Dans un schéma idéal, voici comment cette répartition pourrait s'opérer.

1.1. L'État

La couverture santé doit être considérée comme une fonction régaliennne de l'État. Celui-ci en fixe les règles et est garant de leur application :

- Il décide de ce qui relève de l'Assurance maladie universelle, c'est-à-dire des soins et des services dont doivent bénéficier tous les résidents français.
- Il contrôle l'application des règles et sanctionne ceux qui ne les respectent pas.

- Il collecte (et redistribue aux prestataires) la partie du financement de ces dépenses qui relève de la solidarité.

1.2. Les professionnels de santé

Il s'agit des hôpitaux (en particulier les hôpitaux publics, qui sont des prestataires de soins essentiels, mais aussi des hôpitaux privés à but non lucratif), des cliniques, des médecins, des professions paramédicales, etc. Pour que leurs clients soient remboursés, les professionnels de santé doivent être accrédités par une ou plusieurs institutions d'assurance santé. Ils sont évalués périodiquement

afin que la qualité des soins soit garantie.

1.3. Les assurés

Chaque individu susceptible de bénéficier de l'Assurance maladie universelle a l'obligation de souscrire un contrat auprès d'une institution d'assurance santé de son choix, que ce soit à titre individuel ou dans un cadre collectif (par le biais d'une entreprise, d'une association, etc.). Ces institutions n'ont pas le droit de sélectionner les clients (par rapport à leur état de santé) et elles doivent consentir une couverture viagère. Pour les actes répertoriés par les pouvoirs publics comme relevant de l'Assurance maladie universelle, la prise en charge d'un assuré ne peut se faire que s'il consulte auprès de professionnels de santé ou d'établissements agréés par l'institution d'assurance santé à laquelle il souscrit⁴.

1.4. Les institutions d'assurance santé

Il s'agit des caisses d'assurance maladie, des groupes de prévoyance, des mutuelles, des compagnies d'assurance. Elles doivent être agréées par l'État et, pour être agréées, respecter un cahier des charges défini par lui. Elles sont en concurrence entre elles. La liberté de tarification prévaut pour l'Assurance maladie universelle. La cotisation de base peut varier en fonction des options prises par l'assuré (par exemple, choix d'un certain niveau de franchise, engagement de suivre des actions de prévention, etc.).

Comme nous l'avons vu, les institutions délivrent un agrément aux professionnels de

LE RISQUE MALADIE

Jacqueline Simon, dans une excellente étude publiée récemment dans la revue *Commentaire*, procède à une analyse très fine des dépenses de santé. Elle classe les individus protégés par groupes constitués chacun de 5 % de la population, en allant de ceux qui dépensent le moins à ceux qui dépensent le plus, soit vingt groupes au total.

Dans les trois premiers groupes, la dépense est nulle ou insignifiante. Dans le 10^e groupe, elle est de 529 € par personne et par an. Ainsi pour 50 % de la population, la dépense annuelle moyenne en termes de soins n'excède pas 530 €. Dans le 17^e groupe, la dépense moyenne est de 1 717 €. Dans le dernier groupe réunissant les derniers 5 % de la population, elle est de 21 687 €.

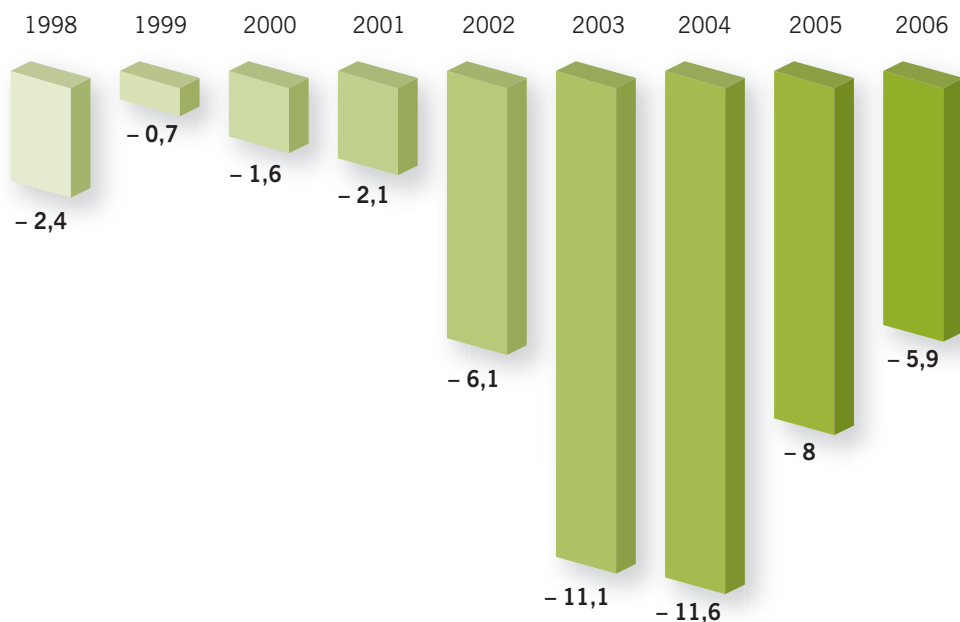
Ainsi, selon Jacqueline Simon, seuls 1 à 2 % de la population représentent un « grand risque » avec des dépenses moyennes annuelles de l'ordre de 82 000 €.

Le risque maladie est donc bien distribué, il évolue lentement et régulièrement, et n'est jamais très élevé. Il n'est donc pas difficile à assurer. Il y a dans le domaine de l'assurance des risques autrement plus délicats à appréhender.

³ Institut Montaigne, *Couverture santé solidaire* Rapport, avril 2004 et *Vers une Assurance maladie universelle*, Rapport, octobre 2002.

⁴ Cf. 2.1 et 2.2.

ASSURANCE MALADIE : CHRONIQUE D'UN DÉFICIT PROLONGÉ



« Inciter tous les acteurs à atteindre le meilleur rapport qualité/prix en matière de soins dispensés »

santé et concluent avec eux des contrats pour garantir la qualité des soins et le contrôle des coûts. Étant en concurrence les unes avec les autres, les institutions d'assurance santé recherchent chacune pour elle-même une implantation optimale des praticiens qu'elle agréé, ce qui contribue à une offre de soins harmonieusement répartie sur l'ensemble du territoire.

Si les institutions d'assurance santé ne respectent pas les règles fixées par l'État, celui-ci leur retire son agrément.

2. Rendre pérenne le financement des dépenses de santé

C'est la deuxième priorité. Aujourd'hui, les dépenses de

santé sont financées d'une part par tous les résidents établis en France à travers la CSG et le RDS (5,10 % + 2,9 %) et, d'autre part et en sus, pour les salariés, par une cotisation payée par l'employeur (12,8 % du salaire brut) à laquelle s'ajoute une cotisation maladie salarié (0,75 du salaire brut), un artifice qui rend les coûts indolores pour chacun d'entre nous.

L'Institut Montaigne préconise de revoir l'ensemble du système de financement pour qu'il puisse :

- répondre au principe de solidarité, indispensable pour compenser les inégalités face à la maladie et les disparités de revenu ;
- mettre en convergence d'intérêt tous les acteurs de la santé pour les inciter à atteindre

le meilleur rapport qualité/prix en matière de soins dispensés.

Pour ce faire, nous préconisons que soient clairement identifiées, grâce à une nomenclature définie par l'État, les dépenses de santé couvertes par l'Assurance maladie universelle. Par opposition, les autres consommations médicales (homéopathie, acupuncture, cures, esthétique...), hors du champ de l'Assurance maladie universelle, seraient laissées à la charge des individus ou devraient faire l'objet d'une offre d'assurance supplémentaire classique de la part des institutions d'assurance santé.

Les dépenses de santé couvertes par l'Assurance maladie universelle devraient être financées par une combinaison de cotisations d'assurance et d'impôt de solidarité, cela dans une

« La CSG/RDS représente en terme de contribution, 8 % de l'ensemble de chaque français »

proportion définie chaque année par le Parlement.

2.1. Une cotisation d'assurance

Les individus souscrivent un contrat auprès de l'institution d'assurance santé de leur choix. Le contrat souscrit peut être individuel ou collectif.

Ces institutions d'assurance santé, en concurrence les unes avec les autres, ont intérêt à bien coordonner la chaîne de soins et à exiger la qualité la plus grande de la part des établissements et des professionnels de santé ; autrement dit, à nous maintenir en « bonne santé ».

La cotisation d'assurance est payée directement par chaque individu, qui choisit librement son institution d'assurance santé mais a l'obligation d'en avoir une. Dans notre schéma, l'employeur, n'étant plus en charge de l'assurance santé de ses salariés, leur verse, en plus de leur salaire, la totalité de la part salariale et patronale correspondant aujourd'hui à la maladie (soit environ 20 % du salaire net). Les individus versent ensuite eux-mêmes directement leurs cotisations d'assurance santé à l'institution de leur choix.

Les cotisations ne sont donc plus liées au revenu et les différences de tarification ne résultent que des effets de la concurrence entre les institutions d'assurance santé ou encore des choix individuels des assurés (acceptation d'une franchise, adhésion à une politique de prévention...).

On voit là que ceux dont le salaire est plus élevé paieraient donc moins qu'aujourd'hui, tandis que ceux dont le salaire

est inférieur au salaire moyen paieraient plus. Cela est contraire à l'équité recherchée. Il faut donc imaginer au bénéfice des bas revenus, une Aide personnalisée santé inversement proportionnelle au salaire. Cette aide santé serait payée par l'État, soit à la personne, soit directement à l'institution qui l'assure. Cette aide constituerait une partie de la solidarité.

2.2. Un impôt de solidarité

Il en existe déjà un, qui rend d'insignes services : la CSG. Celle-ci représente aujourd'hui, en termes de contribution, 8 % de l'ensemble des revenus de chaque Français. Elle ne pénalise pas les entreprises et le travail et permet que la contribution des hauts revenus soit beaucoup plus élevée que celle des bas revenus.

Les sommes collectées à ce titre et qui, si cela est nécessaire, pourraient être plus élevées qu'à l'heure actuelle, auront deux objets :

- Payer l'Aide personnalisée santé à ceux dont la cotisation d'assurance santé est plus élevée que celle qu'ils paient et que l'employeur paie pour leur compte aujourd'hui. Ce qui constitue un élément de solidarité par rapport aux disparités de salaire.
- Payer aux institutions d'assurance santé les « sur-dépenses » occasionnées par les risques lourds que représentent certains de leurs assurés. Il conviendra de fixer le seuil de dépenses santé par individu (par exemple, 50.000 € – mais ce montant doit être affiné) qui déclenchera le complément de remboursement par l'État

aux institutions d'assurance santé.

Cette disposition aurait le mérite de banaliser les Affections de longue durée (ALD), qui aujourd'hui bénéficient d'un remboursement à 100 % avec exonération du ticket modérateur quand bien même ceux qui en sont atteints ont les moyens de payer. *A contrario*, certaines maladies qui ne relèvent pas d'une ALD causent aux malades qui en souffrent d'importantes dépenses qui ne relèvent pas du 100 %. Dans ce dernier cas, nous sommes bien dans un domaine où la solidarité entre malades et bien portants devrait jouer.

Le dispositif que nous décrivons ici correspond certes à un changement majeur pour la totalité des acteurs. Mais il aurait l'avantage :

- 1) de ne pas en créer de nouveaux ;
- 2) de responsabiliser chacun dans ses domaines de compétence ;
- 3) de mettre en place une véritable convergence d'intérêt entre les différents acteurs, et enfin et surtout ;
- 4) de préserver trois principes auxquels nous sommes attachés :
 - la liberté pour chacun de consommer de la santé,
 - la liberté pour les professionnels de prescrire,
 - le rôle de l'État tant en matière d'évaluation que de contrôle.

Il nous semble qu'un basculement vers un dispositif respectueux de notre tradition sociale, financièrement pérenne et permettant d'atteindre tous ces objectifs est éminemment souhaitable.

Pour passer de la théorie à la pratique, l'Institut Montaigne propose de mesurer l'effet des préconisations contenues dans le présent document à travers une initiative concrète qui s'inscrirait dans le cadre de l'expérimentation.

PROPOSITION D'EXPÉRIMENTATION

I – Le champ de l'expérimentation

Le point essentiel à valider, le plus délicat au plan politique, est celui de la mise en concurrence des institutions d'assurance. Cette concurrence améliore-t-elle la qualité des soins et des services rendus aux assurés ? Infléchit-elle l'évolution des dépenses relevant de l'Assurance maladie universelle ?

Il s'agit là d'un point fondamental car la concurrence entre institutions d'assurance, quelles qu'elles soient, ne prend tout son sens que si elle contribue à améliorer l'accès aux soins, leur qualité et leur pertinence, autrement dit *in fine*, à améliorer le service rendu aux assurés. **La concurrence entre ces institutions doit être appréciée à l'aune de leur capacité à mettre en concurrence eux-mêmes les offreurs de soins, à innover dans les méthodes d'appréciation et de gestion du risque maladie pour mieux gérer le triptyque qualité/pertinence/coût, à travers de véritables réseaux de soins par exemple.**

S'agissant de l'expérimentation, celle-ci devrait concerner, au niveau d'une institution d'assurance, de l'ordre de 60 000 à 100 000 résidents répartis sur un territoire bien délimité, un département ou une région par exemple, et inclure des assurés qui relèvent de la CMU complémentaire.

Dans cette phase expérimentale, la cotisation versée par l'assuré à l'institution d'assurance serait simulée par une allocation globale versée par la Caisse nationale d'assurance maladie aux institutions d'assurance retenues. Cette allocation serait fonction du nombre de personnes concernées, de leur sexe et de leur âge. Elle ne différencierait pas les assurés selon qu'ils relèvent ou non d'une ALD.

Car, rappelons que dans le schéma nouveau que nous proposons, au-delà d'un certain plafond de dépenses annuelles (de l'ordre de 50 000 € par assuré), les sur-dépenses occasionnées par les risques lourds seront versés par la CNAM aux institutions d'assurance. Ainsi, les institutions d'assurance santé *n'assureront-elles* le risque maladie que jusqu'à un certain niveau (50 000 €) même si *elles gèrent* la globalité de ce risque. Un tel mécanisme présente l'avantage de banaliser les Affections longue durée.

L'État définira le cahier des charges de cette expérimentation, les points suivants en particulier :

- l'adhésion sur la base du volontariat,
- la liberté de consultation des prestataires de soins,
- les fonctionnalités du système d'information (la gestion du dossier médical des patients notamment).

Ce cahier des charges se référerait aux articles L 162-31 et L 162-31-1 du Code de la Sécurité sociale.

.../...

« Les institutions d'assurance auront intérêt à susciter la mise en place de véritables réseaux de santé »

L'Amicus Curiae est, traditionnellement en droit, une contribution versée spontanément au débat par un tiers à une cause qui entend éclairer le décideur en tant qu'«ami de la cour».

DERNIÈRES PUBLICATIONS

II – Bénéfice à attendre de l'expérimentation : vers des réseaux de santé

Les institutions d'assurance santé auront normalement, dans le cadre ainsi fixé, tout intérêt à susciter la mise en place, à partir des professionnels de santé et des services hospitaliers référencés (publics ou privés), de véritables réseaux de santé offrant une large gamme de services tels l'information, l'orientation médicale, l'assistance médicale pour les urgences, un service de second avis médical pour des pathologies critiques... Dans leurs relations contractuelles avec les professionnels de santé référencés, elles pourront innover dans les modes de rémunération de la médecine de ville. Pour les hôpitaux et cliniques, elles pourront également contractualiser sur la base de paiement forfaitaire à la pathologie.

Pour leurs assurés, elles gèreront globalement l'ensemble assurance universelle/assurance complémentaire et pourront mettre en œuvre des formules d'intéressement qui pourront se traduire par une réduction de la cotisation d'assurance complémentaire. Par exemple, une franchise en contrepartie d'une réduction significative de la cotisation complémentaire ou une réduction si les assurés consultent exclusivement au sein d'un réseau donné ou respectent des protocoles de prévention.

III – Les acteurs de l'expérimentation : les mutuelles en première ligne !

Nous sommes conscients que le choix des opérateurs à même de conduire cette expérimentation est délicat au plan politique. C'est pourquoi, afin d'éviter de sombrer dans le débat idéologique entre opérateurs publics et privés, nous proposons de faire jouer aux mutuelles dites « de 1945 » un rôle essentiel dans le cadre de cette expérimentation. Les mutuelles de la fonction publique en particulier pourraient en être le moteur. Ces mutuelles ont en effet incontestablement la taille nécessaire et elles jouissent d'une légitimité forte. Mais, alors même qu'elles mettent en avant leur dimension solidaire, elles interviennent aujourd'hui comme payeurs aveugles derrière le régime général et se comportent comme de stricts assureurs complémentaires. Par ailleurs, elles sont limitées dans leur capacité d'innovation. Le dispositif que nous suggérons est de nature à les débrider et à les installer dans un rôle d'acheteur de soins avisé.



Entre stratégie industrielle et politique de concurrence, quelle voie pour l'Europe ?



Après le Japon, la France... Faire du vieillissement un moteur de croissance par Romain Geiss



Supprimer l'ISF... pour faire payer les riches (en France !)