



RENCONTRE DAUPHINE SANTE

Actes du colloque

*Sécu, Patient, Mutuelle, Etat.....,
qui doit payer la santé?*

Mercredi 5 Mai 2010

Université Paris Dauphine

Sécu, Patient, Mutuelle, Etat....., *qui doit payer la santé?*

Accueil **Christine Roullière-Le Lidec**, médecin et docteur en sciences économiques, présidente de DESSEIN

Modérateur **Claude Le Pen**, Professeur d'économie de la santé

Introduction: **Changement de paradigme ? Gilles Johanet** Conseiller Maître à la Cour des Comptes

Table ronde 1 Faut-il augmenter les prélèvements obligatoires?

1/Peut-on améliorer l'efficacité des prélèvements obligatoires?

Gérard Bapt député, Assemblée Nationale,

2/Faut-il fiscaliser le financement de la santé?

Valérie Paris, économiste de la santé, OCDE

3/Quelles perspectives pour 2010-2012?

Yves Bur, député, Assemblée Nationale

Table ronde 2 Jusqu'où les ménages peuvent payer?

1/Quel engagement?

Thomas Fatome, chef de service adjoint au directeur, Direction de la Sécurité Sociale, Ministère de la santé

2/ Quelle adhésion?

Gérard Raymond, Président de l'association française des diabétiques, administrateur du CISS

3/Le bouclier sanitaire, qui perd ? qui gagne ?

Thomas Debrand, économiste de la santé, IRDES

Table Ronde 3 RO/RC : Quels rôles pour les complémentaires?

1/Les assurances?

Alain Rouché, directeur santé, Fédération Française des Sociétés d'Assurance

2/Les mutuelles?

Jean Martin Cohen Solal, directeur, Mutualité Française

SECU, PATIENT, MUTUELLE, ETAT...

QUI DOIT PAYER LA SANTE ?

Christine ROULLIERE-LE LIDEC
Médecin et docteur en sciences économiques
Présidente de DESSEIN

Je remercie l'équipe de Dessen pour l'organisation de cette matinée. Nous sommes toujours plus nombreux, presque 200 aujourd'hui, et nos échanges démontrent l'intérêt de réfléchir ensemble sur des questions structurantes d'économie et de politique de santé. L'évolution de DESSEIN en Think Tank se confirme aujourd'hui plus que jamais. Lorsque l'on aborde le sujet « système de santé », la France est souvent citée en exemple tant pour la qualité de ses prestations santé que pour son financement solidaire. Or les contraintes budgétaires nationales et le contexte économique mondial font craindre le pire. Comment conserver ce système de santé combinant excellence et solidarité ? Quels seront les nouveaux choix ? Les nouvelles priorités ? Bref qui doit payer la santé ? Très belle matinée.

Claude LE PEN
Professeur d'économie et de santé, Paris Dauphine

Le financement de la santé est un thème douloureux. On pourrait considérer que les dépenses de santé sont aujourd'hui maîtrisées dans la mesure où elles croissent plus faiblement qu'auparavant. Pourtant la diminution démographique ou le mécontentement des professionnels de santé au regard de leurs revenus laissent une marge de manœuvre réduite. Par ailleurs, l'effondrement des recettes dû à la crise a plus que jamais creusé le déficit. La question des recettes, centrale, se posera à l'occasion du débat sur les retraites et de l'élaboration du PLFSS et dans la perspective des grandes échéances électorales à venir.

Parler du financement de la santé revient à poser à la fois la question du financement collectif et des prélèvements obligatoires, celle de la responsabilisation des patients et de leur participation toujours plus importante au coût de leur santé, ainsi que celle d'une éventuelle redéfinition des lignes de partage entre les régimes obligatoire et complémentaire.

Nous sommes heureux de recevoir aujourd'hui Gilles Johanet. Deux fois directeur général de la CNAM, il a également une expérience en assurance privée. Il œuvre par ailleurs à la Cour des comptes. Nous lui avons demandé, pour lancer notre matinée, si le modèle social français devait changer de paradigme face à l'accumulation du déficit public.

Introduction : quels enjeux ?

Gilles JOHANET

Conseiller Maître à la Cour des comptes

Le problème du financement de la santé présente trois constantes depuis 1945. D'abord, la santé est invariablement financée à 40 % par économies, et à 60 % à l'aide de prélèvements nouveaux. Aucune économie ne porte par ailleurs sur l'hôpital en raison de l'opacité du système. Enfin, un effort particulier est toujours demandé à ceux qui consomment particulièrement peu.

Le Plan Juppé a en revanche apporté deux inflexions majeures. D'une part, le système de soins créant la dépense et la prise en charge la couvrant sont pour la première fois considérés en même temps. On écrit alors que la coordination des soins est indispensable à leur qualité. Le Plan crée d'autre part la CADES, innovation dont les effets délétères se font encore sentir aujourd'hui. Perpétuellement renvoyé vers la CADES, le déficit cumulé de l'Assurance-maladie représente aujourd'hui dix mois de prestations, contre trois jours en 1983. Depuis 2008, le paiement des intérêts de la CADES est du reste supérieur à l'amortissement du principal malgré une baisse considérable des taux d'intérêt. Mais, surtout, la création de la CADES entraîne une rupture : auparavant tous les plans visaient le retour immédiat à l'équilibre financier. Après 1995 aucun plan ne reprendra cet objectif.

Envisager une hausse des ressources conduit à se souvenir du passé :

Les années 1960 ont été marquées par le transfert de points de cotisations familiales vers la maladie, les années 1970 par le dé plafonnement des cotisations maladies, et les années 1980 par la valse des 1 % (Barrot, Delors...) jusqu'à la création de la CSG au début des années 1990 puis celle de la CRDS, qui ne couvre plus mais cantonne la dette. Tout ceci est l'expression d'un art consommé de l'expédient.

Il est préoccupant de constater que c'est au prix d'un fantastique gaspillage que le recours permanent à de nouvelles recettes a permis de maintenir en l'état notre système de soins. Les réformes, le plus souvent pertinentes, n'ont pas changé le paradigme fondé sur les deux postulats de 1945 selon lesquels toute dépense sociale supplémentaire est synonyme de progrès social, et la ressource humaine et financière est illimitée.

En conséquence, l'arbitrage par contrainte de rareté n'est pas nécessaire, et le gaspillage est considéré comme résiduel par construction. Ainsi, les zones professionnelles ou géographiques disposant de ressources excessives ne constituent jamais qu'une anticipation des besoins futurs au sein d'un monde médical où nul n'a de comptes à rendre à personne. De la somme des optimums individuels doit naître un optimum collectif.

Ce modèle, aujourd'hui mortifère, a créé une économie de rente au rendement décroissant, aux antipodes des canons de l'efficacité économique et médicale. La béance entre le discours général de compétitivité et une pratique réformatrice extraordinairement lente s'accroît tous les jours.

L'appel supplémentaire au portefeuille du contribuable, devant intervenir après celui concernant l'assurance retraite, pose trois problèmes. Financièrement, il doit aider à couvrir le déficit. D'un point de vue conjoncturel, il s'agit de ne pas casser la croissance économique. Enfin, il conviendra de prendre en compte l'exigence nouvelle d'efficacité posée par les producteurs citoyens contribuables. Donc deux questions se posent : le nouveau prélèvement est-il indispensable ou seulement nécessaire ?

Autrement dit, le niveau d'efficacité du système de soins est-il maximal ? Peut-on par ailleurs garantir que le prélèvement nouveau ne permettra pas de repousser à nouveau à plus tard le changement de paradigme devant mener d'une économie de rente à une économie de la performance ?

Un bref parcours du cimetière des promesses non tenues de ces trente dernières années permet à chacun de choisir la tombe sur laquelle il ira cracher.

Il n'y a pas de crédibilité à une hausse des prélèvements sans un discours extraordinairement charpenté sur les moyens donnés au passage à une économie de la performance médicale, sociale et financière et fondé sur le constat que les ressources humaines et financières sont rares par construction.

Dans cette perspective, il me semble que la création d'une nomenclature des actes cliniques des médecins généralistes constitue une priorité absolue. Son absence actuelle transforme leur profession en profession résiduelle dans le temps et dans l'espace.

Je souhaiterais par ailleurs que l'on adopte un schéma intensif et non plus extensif de la répartition des médecins, avec 30 000 généralistes au lieu de 55 000, ne conservant que les deux tiers supérieurs de la gamme d'actes dont ils disposent actuellement. Le tiers inférieur reviendrait alors aux professions paramédicales.

Enfin, la dissémination de nouveaux appareils IRM représenterait un gaspillage. Leur installation en batterie permettrait en revanche de baisser les tarifs de 30 %. Emergerait alors la notion d'économie d'échelle dans le domaine de l'économie de la santé.

En conclusion, je suis profondément convaincu qu'un nouveau prélèvement ne sera accepté par les Français que lorsqu'il leur aura été démontré que les décideurs sont réellement déterminés à passer à une économie de la performance.

Claude LE PEN

Vous nous avez montré comment une levée de nouvelles ressources sans exigence d'efficacité pouvait se révéler anesthésiante. Quel lien établissez-vous entre les ressources et l'efficacité ? On pourrait considérer que demander un effort aux Français revient à les décharger du fardeau de l'efficacité.

Gilles JOHANET

Il existe deux changements fondamentaux que nous ne pouvons pas ignorer, à savoir l'approche de plus en plus consumériste de la santé grâce à laquelle les Français prennent conscience que le produit final n'est plus la prise en charge mais le soin, et l'exigence toujours plus forte de transparence qui souligne le caractère disparate de l'accès aux soins.

Claude LE PEN

Etes-vous favorable à l'établissement d'une loi de programmation, pour une vision à long terme de la question du financement de la santé ?

Gilles JOHANET

Raymond Soubie a récemment déclaré qu'il n'était pas question d'envisager un grand plan. La question clef est de savoir si les étapes prévues seront inscrites dans une cohérence annoncée. Voilà ce qui manquait à la plupart des réformes menées depuis vingt ans, même pertinentes. Je prendrais l'exemple du Général de Gaulle qui, en 1967, avait demandé une étude sur ce que deviendrait le territoire si rien n'était fait en termes d'aménagement. La pédagogie de l'Etat à moyen terme manque aujourd'hui cruellement.

Table ronde 1

Faut-il augmenter les prélèvements obligatoires ?

Faut-il fiscaliser le financement de la santé ?

Valérie PARIS

Economiste de la santé, OCDE

L'OCDE n'a pas de doctrine dans le domaine du financement de la santé. Je vais donc vous proposer des données mais ne pourrai vous apporter de réponse.

Dans les pays de l'OCDE, la part de financement public dans la dépense totale liée à la santé est en moyenne de 74 %. Historiquement, les systèmes de santé de ces pays sont de trois types :

- les systèmes bismarckiens ou d'assurance sociale, dans lesquels le droit à prestation pour l'assuré est lié à sa contribution au financement. L'assurance est obligatoire pour les actifs ;
- les systèmes beveridgiens ou systèmes nationaux de santé, dans lesquels le droit à prestation est universel et non conditionné au versement de contributions ;
- les systèmes d'assurance privée, dans lesquels le droit à prestation est ouvert par le versement de primes d'assurance, en général non liées aux revenus.

Ces trois types de systèmes ont des objectifs différents en termes de droit à prestations, de mutualisation des risques et de redistribution des revenus. Les systèmes d'assurance lient le droit à prestation au versement d'une contribution, alors que les systèmes nationaux de santé reconnaissent un droit universel aux prestations de santé. Le degré de mutualisation des risques est par ailleurs variable dans les systèmes d'assurance sociale, en fonction de l'existence ou non de systèmes de compensations entre caisses.

Dans un certain nombre de pays avec assurances sociales, les choses ont évolué dans les dernières décennies. De nombreux systèmes ont en effet décidé de généraliser la couverture universelle, comme la Suisse puis la France et l'Allemagne. Le financement a parfois également été augmenté au moyen de ressources fiscales, comme en France avec l'introduction de la CSG. Aujourd'hui, les systèmes d'assurances sociales ne sont donc plus intégralement financés par des cotisations sociales.

Au plan international, nous manquons malheureusement de données concernant les sources de financement de la santé. En France, le financement par l'impôt a beaucoup augmenté de 1990 à 2006, date à laquelle l'Assurance-maladie était financée à plus de 40 % par les impôts et taxes affectées.

Aux Pays-Bas, l'assurance santé finance près de 70 % de la dépense finale de santé, avec des employeurs s'acquittant de contributions proportionnelles aux salaires et plafonnées, des assurés s'acquittant des primes dites « nominales », indépendantes du revenu et du niveau individuel de risques, et l'Etat contribuant au fonds pour financer la couverture des enfants et offrant des crédits de taxes pour l'acquisition (obligatoire) d'un contrat d'assurance.

Concernant l'impact des différents modes de financement sur le système de santé, on considère généralement que la fiscalité générale offre une assiette de prélèvement plus large et permet un débat public de meilleure qualité tandis que les contributions sociales établissent un lien direct entre ce qu'on demande à l'assuré de payer et la prestation à laquelle il a droit, améliorant ainsi sa volonté à payer, et donnent aux ressources un caractère plus prédictible que les arbitrages budgétaires annuels.

Dans le domaine de la mutualisation des risques et de la redistribution, les systèmes d'assurance sociale exigent que soient mis en place des dispositifs pour les non actifs. La couverture universelle et la mutualisation des risques y sont par ailleurs plus difficiles à atteindre. La fiscalité générale permet une mutualisation universelle des risques et une redistributivité dépendant de la structure des recettes fiscales et de la progressivité de l'impôt.

En termes d'impact sur les systèmes de santé, plusieurs points sont intéressants. D'abord, l'idée généralement admise est que les systèmes nationaux de santé « rationnent » plus facilement les soins

que les systèmes d'assurance sociale. Le niveau des dépenses de santé dépend pourtant davantage du PIB que du type de système de santé.

Concernant la couverture publique du total des dépenses de santé, il n'existe en revanche aucun lien entre le type de système et la part de financement public dans le financement total.

En termes d'impact sur la croissance, il semble *a priori* plus facile pour les pays avec systèmes nationaux de « rationner » l'offre et donc plus facile d'infléchir la croissance des dépenses de santé. Pourtant, si l'on observe la croissance des dépenses réelles de santé par habitant et la croissance du PIB par habitant sur la dernière décennie, on ne constate pas de lien évident entre le type de système et la croissance des dépenses.

Concernant l'impact sur la régulation et l'organisation du système, il existait historiquement une séparation entre « acheteurs » (le plus souvent passifs) et fournisseurs de soins. Aujourd'hui, des systèmes de marché ont fait leur apparition dans les systèmes nationaux.

Dans la plupart des systèmes de santé de l'OCDE, il existe un panier de soins uniforme défini au niveau national, une harmonisation des modes de paiements des hôpitaux, une régulation des prix, des possibilités réduites de sélectionner les prestataires, et une convergence concernant le choix des patients.

La composition de l'offre de soins, entre secteur public et secteur privé, est sans doute l'un des facteurs qui différencie le plus les systèmes selon le type de financement. On observe en effet que l'offre de soins repose davantage sur des prestataires privés dans les systèmes d'assurance sociale.

En ce qui concerne l'impact du mode de financement sur l'économie, les simulations ou les études empiriques ayant mesuré l'impact de changements dans la structure des recettes fiscales et sociales ne donnent pas toujours des résultats cohérents. Ce sont les réactions des différents marchés qui définissent qui supporte effectivement l'impôt en situation d'équilibre. Ce qui est prévu ne renseigne donc que très peu sur ce qui adviendra dans les faits.

Claude LE PEN

Il est paradoxal de constater que la fiscalisation vers laquelle nous tendons n'a pas beaucoup d'impact sur la notion de système. On constate une certaine indépendance entre modes de financement et modes de gestion.

Je me tourne maintenant vers Yves Bur pour lui demander s'il est opportun d'augmenter la CSG et les prélèvements obligatoires face à un déficit qui se reportera sur les générations futures.

Quelles perspectives pour 2010-2012 ?

Yves BUR

Député, Assemblée nationale

Les finances publiques ont été durablement impactées par la crise. Les hypothèses de croissance inscrites dans les annexes du PLFSS prévoyaient une croissance de 2,5 % par an de 2011 à 2013, avec une augmentation annuelle de la masse salariale de 5 %. Malgré cela, le déficit annoncé des finances sociales en 2013 s'élevait à moins 30, voire moins 40 milliards d'euros.

Aujourd'hui, les économistes tablent davantage sur une croissance de 1,5 point pour 2011. Le déficit sera donc plus important encore que prévu initialement. Nous commençons tout juste à prendre conscience que la crise a engendré un véritable affaîssement de notre richesse.

Ces chiffres indiquent que nous accumulerons, à l'horizon 2013, un déficit de 170 milliards d'euros. Dans la perspective que la CADES amortisse cette dette en 2021, le bon sens exigerait que nous augmentions la CRDS d'environ 1,5 point, 0,1 point de CRDS représentant l'amortissement de 10 milliards d'euros, et la CSG de 3 points, sans même initier la moindre réforme. Voilà qui est exclu en période de crise.

Je ferai partie de la commission parlementaire de gestion de la dette social. Nous aurons certainement à traiter la question de la CADES. Nous pourrions lui allouer des ressources supplémentaires en asséchant définitivement le fonds de réserve des retraites, mais le rapprochement de l'échéance rend l'exercice de plus en plus impossible. Certains proposeront alors de faire sauter le verrou de la CADES posé en 2005 et destiné à contraindre les gouvernements à assumer leurs responsabilités en temps réel afin que les enfants ne paient pas pour leurs parents. Une alternative serait de créer une seconde CADES, la première devant s'éteindre en 2024.

Le recours à la CADES me semble être une solution de facilité. Il permet au système de continuer à fonctionner sans être remis en cause. Ce type de fuite en avant caractérise bien la France. Les politiques ne font pas preuve de suffisamment de courage. L'administration reste immobile. Quant aux corps sociaux, ils sont unanimes pour ne quasiment rien changer. Dans le monde de la santé, chacun cherche à obtenir un peu plus de temps, et considère que « ce qui est pris est pris ».

Le traitement de notre équation est un exercice redoutable. Nous tentons d'y apporter des réponses techniques, par exemple en mettant en place la commission Briet, sans rien régler du problème de fond. La croissance seule ne suffira pas à remettre les comptes en état. Nous devons donc certainement augmenter les prélèvements, sans que personne ne sache quel moment sera le plus opportun. Il me semble que le Président de la République a raison de refuser de le faire en cette période de grand trouble. Nous avons en effet déjà les prélèvements sociaux les plus élevés en Europe.

La situation sociale rend plus incontournable que jamais la réforme des retraites. La crise ayant raccourci les échéances, l'horizon 2015 est en effet déjà préoccupant. Nous devons également continuer à amplifier la maîtrise médicalisée tout en tenant compte des revendications catégorielles. La rémunération des médecins devra dépendre du montant et de l'efficacité de leurs prescriptions. Il conviendra par ailleurs de faire preuve de davantage d'exigence vis-à-vis des arrêts de travail des salariés, de raccourcir les séances de kinésithérapie ou de restreindre l'utilisation de certains médicaments, ce qui ne devrait plaire ni aux industriels, ni aux pharmaciens.

Dans la mesure où nous n'avons pas produit d'efforts au fil de l'eau, nous sommes aujourd'hui obligés de mener tous les chantiers de front. Nous devons mener une politique rigoureuse en faisant des choix durables et en nous y tenant, ce qui exige que nous ayons une vision claire de la direction à prendre. Lorsque je suis devenu maire de ma commune de 17 000 habitants en 1995, elle était considérée comme surendettée. Aujourd'hui, elle n'a plus un centime de dette.

Tous les pays seront bientôt en concurrence pour sortir de la crise. Il me semble que la France souffre d'un problème de compétitivité malgré la suppression de la taxe professionnelle destinée à soulager les entreprises. Nous devons pourtant combler notre retard vis-à-vis de l'Allemagne, à la fois dans les domaines de l'innovation, de la simplification administrative ou des charges salariales.

J'ai rendu un rapport au Premier Ministre sur la question du gain de compétitivité. Il n'a pas encore été rendu public. Je pense qu'il susciterait un certain nombre de débats. La compétitivité n'est pas uniquement l'affaire des entreprises ou de l'Etat, mais du pays tout entier. L'ensemble des Français doit partager cette responsabilité pour défendre le site France. Sans compétitivité, nous ne retrouverons pas une croissance durable et des recettes suffisantes pour sortir du ventre mou de l'Europe. La crise grecque éclaire notre débat intérieur de sa lumière un peu crue. Les Français prennent petit à petit conscience que nous sommes sur la même voie que les Grecs. Les efforts imposés à la Grèce se situent aujourd'hui aux alentours de 60 milliards d'euros. Imaginez que nous soyons contraints de demander une telle somme à nos concitoyens.

Claude LE PEN

Je vous remercie pour ce tableau parfaitement réjouissant. Vous préconisez la rigueur pour éviter l'austérité. Gérard Bapt, une autre condition à la mise en place d'un nouveau prélèvement n'est-elle pas la justice ? Il me semble que les Français devront avoir l'impression que leur effort est partagé.

Peut-on améliorer l'efficacité des prélèvements obligatoires ?

Gérard BAPT
Député, Assemblée nationale

Aujourd'hui, l'austérité concerne déjà de nombreuses catégories de Français, comme le montrent les chiffres du report de l'accès aux soins. Eric Woerth distinguait encore récemment un déficit structurel et un déficit conjoncturel, censés revenir à l'équilibre dès 2012. Je rappelle que la protection sociale, comme l'Etat, souffrait déjà d'un déficit important avant la crise. Il me semble que les objectifs de retour à l'équilibre devraient inclure le traitement de la dette sociale.

Concernant les propos de Gilles Jouhanet, je ne suis pas certain qu'il soit possible d'associer un objectif d'efficacité à tout nouveau prélèvement obligatoire. Dans le cas de la grippe A, on nous a par exemple affirmé que les solutions choisies en termes de gestion et de prise de décision étaient les seules envisageables. Je vois mal comment se ferait le saut vers le caractère spécifique de la dépense de santé dans la conscience de la population.

J'ajouterai que nous parlons de dépenses de santé sans toutefois parler des patients et des restes à charge qu'ils doivent supporter. Un quart seulement de la réduction progressive du déficit de l'Assurance-maladie depuis 2008 est dû à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Les objectifs affichés annuellement dans ce domaine ne sont jamais atteints. Malgré l'axiome posé refusant tout impôt nouveau, les taxes et les cotisations de complémentaires santé locales seront les variables d'ajustement d'un point de vue des ressources. Nous devons faire face à des dépenses de santé qui augmentent, au problème des retraites, dont certaines sont encore ridiculement basses à l'heure actuelle, et à la question de la dépendance. Mon département, pourtant riche, vient de décider le plafonnement du nombre d'heures d'APA afin de ne pas augmenter la fiscalité.

Je ne suis du reste pas certain qu'un niveau élevé de prélèvements sociaux pèse sur la cohésion sociale et sur l'emploi. Il convient de comparer ce qui est comparable. Dans les pays où le système des retraites est basé sur des cotisations privées, les sommes à la charge des patients n'entrent plus dans la catégorie des prélèvements obligatoires. Nous pensons pour notre part que l'axiome selon lequel il est nécessaire de diminuer les prélèvements obligatoires doit être envisagé en matière de politique économique générale, en tenant compte de la croissance et de l'emploi. Il est difficile de faire des prévisions concernant la dette sans détermination du taux de croissance qui, s'il était élevé, aiderait notre pays à sortir de l'emballement de la dette.

Aujourd'hui, l'impôt sur le revenu est anti-redistributif. La CSG, prélèvement forfaitaire mais qui ponctionne à la fois le travail et le capital, a au moins le mérite de s'appliquer à tous les revenus. Le Parti socialiste propose de fusionner la CSG et l'IRPP pour rendre les prélèvements plus progressifs et plus justes. Il nous semble que les riches doivent davantage contribuer à la réduction de notre déficit. En effet, malgré la volonté politique actuelle d'accroître l'attractivité par la fiscalité, le bouclier fiscal n'a pas fait revenir les évadés fiscaux. Les niches fiscales ont du reste augmenté de 20 milliards d'euros depuis 2002.

Enfin, concernant l'efficacité du système de soins, nous aurons besoin d'investissements pour l'adapter. Nous devons également prendre en compte la question trop souvent négligée de la prévention. Les dépenses de prévention d'aujourd'hui devant faire baisser les dépenses futures exigeraient davantage de ressources. Les dépenses de santé augmentant partout plus rapidement que le PIB, notamment en raison du vieillissement de la population et du coût des soins, la redistribution seule ne suffira pas. Nous aurons besoin de nouveaux prélèvements.

Claude LE PEN

Vous avez mis en évidence votre exigence de justice sociale et d'égalité devant l'impôt.

Table ronde 2

Jusqu'où les ménages peuvent-ils payer ?

Thomas Fatome a la caractéristique d'avoir porté successivement les casquettes de la CNAM et de l'Etat. Nous lui avons demandé de nous parler de l'avenir des dispositifs de responsabilisation et de transfert, souvent illisibles. Que payons-nous aujourd'hui, sous quelles formes, et de quoi sommes-nous exemptés ?

Quel engagement ?

Thomas FATOME

Chef de service adjoint au directeur, Direction de la Sécurité Sociale, Ministère de la Santé

Il me semble que la question la plus importante, avant celle de savoir qui doit payer, reste aujourd'hui celle de la maîtrise des dépenses de santé. Le gouvernement souhaite en effet que leur évolution se rapproche le plus possible de celle de la richesse nationale. Malgré l'océan de pessimisme dans lequel nous a plongés la première table ronde, je rappelle que la France ne fait pas partie des pays européens les plus mal placés dans ce domaine.

La dynamique élevée des dépenses de santé n'est, du reste, due ni au vieillissement de la population, ni aux progrès techniques ni à la prise en charge à 100 %, mais à l'intensité du recours au soin et du dépistage. Les volumes de consommation de soins par les diabétiques augmentent par exemple de 5 % par an, et le volume de médicaments utilisés par les malades du cancer de 13 % par an. L'enjeu est donc la dynamique de la dépense de santé et ce qui la motive.

J'ajoute que nous sommes fortement attachés, en France, au financement collectif du système. Tout déremboursement est donc extrêmement impopulaire. Concernant les critiques sur le désengagement supposé de l'Assurance-maladie, je vous rappelle que la France est le dernier pays de l'OCDE où le taux de prise en charge publique atteint 77 % des soins médicaux et où la couverture complémentaire est massivement répandue. En conséquence, le reste à charge du patient ne s'élève qu'à 9,5 %.

Concernant le débat sur le taux de remboursement des soins courants, qui me semble être un indicateur pertinent, et les ALD, j'observe un paradoxe. Dès que sont mis en place des systèmes de participation des assurés touchant les ALD, nous assistons à une levée de boucliers nous reprochant de remettre en cause l'un des piliers de la Sécurité sociale. A l'inverse, lorsque nous tentons de toucher aux soins courants, on nous taxe de vouloir casser le système en diminuant le taux de prise en charge. Pourtant, notre système fonctionne grâce au fait que ceux qui bénéficient des taux de remboursements limités des soins courants ont la certitude que s'ils connaissent un épisode catastrophique aigu dans le futur, ils seront pris en charge à 100 %. On ne peut donc pas comprendre le système de participation de l'assuré en le segmentant selon les types de soins. Le système est redistributif puisqu'il assure aux gens bien portants d'être pris en charge lorsqu'ils tomberont malades.

Je constate par ailleurs que le système est difficilement lisible, en ville comme à l'hôpital, en raison des effets de seuil. Pourtant, dès que nous essayons d'améliorer sa lisibilité, par exemple en remettant à plat la participation de l'assuré à l'hôpital, dont le calcul est très compliqué, nous nous heurtons à des transferts lourds entre gagnants et perdants. La question du bouclier pose le même type de problèmes.

Concernant la favorisation de l'engagement des patients dans une bonne pratique du système de soins, les effets de nos tentatives sont difficilement mesurables mais les incitations sont de portée limitée au regard de celles concédées à l'étranger. En Allemagne, la franchise s'élève à 10 euros chaque trimestre pour la première consultation chez un médecin généraliste. Nous avons pour l'instant peu utilisé la voie de ce type de pénalités mais certains indices montrent que les lignes bougent lorsque nous adressons le bon signal aux assurés. La suppression du tiers-payant en cas d'achat de médicaments non génériques, qui se contente de repousser de quelques jours le remboursement, a par exemple permis de faire progresser très sensiblement le taux de médicaments génériques vendus.

Enfin, vous m'avez demandé s'il était possible d'aller plus loin dans la participation financière des assurés. Je ne répondrai pas à cette question dans la mesure où cette décision, avant tout politique, n'appartient pas aux techniciens, mais il me semble que la réponse qui y sera apportée doit relever d'une logique d'équité et de justice et garantir un reste à charge minimum pour nos concitoyens ayant besoin d'être soutenus, avec un point de vigilance particulier pour les secteurs optique et dentaire.

D'un point de vue structurel, nous devons progresser sur la transparence du système pour l'assuré. Les tarifs de chaque médecin sont, à cet effet, disponibles sur le site Ameli. Concernant les couvertures, il est important que chacun puisse savoir pour quelle somme il est couvert. La Ministre de la santé a donc sollicité l'Union des Complémentaires afin qu'elle propose des évolutions en termes de lisibilité des contrats.

J'ajoute que si nous décidons de faire participer financièrement les patients, nous devons les aider à devenir les acteurs de leur propre santé. Dans ce domaine, la France a encore un retard à combler. Cette voie reste à consolider.

J'aimerais, pour terminer, revenir sur deux points ayant été évoqués tout à l'heure. D'une part, nous devons privilégier la continuité et le temps si nous voulons aller vers une économie de la performance dans la mesure où dès que nous bougeons un curseur, nous devons faire face à des acteurs aux intérêts divergents. Les ARS ont, par exemple, été créées après quinze ans de tâtonnements.

Je tiens d'autre part à préciser que même si notre déficit reste abyssal, nos performances 2010 dans ce domaine sont moins mauvaises que prévu de 3 milliards d'euros, ce qui est considérable.

Claude LE PEN

D'un point de vue macroéconomique, nous sommes cependant inquiets pour le premier trimestre 2010. Nous souffrons par ailleurs en France de la tyrannie du *statu quo*. Tous reconnaissent que la situation est mauvaise, mais personne ne consent à faire évoluer ses positions. Ce jeu comportemental représente en soi une critique de l'économie de marché, la rationalité de chaque individu enfermant la collectivité dans une situation sub-optimale.

Le bouclier sanitaire, qui perd ? Qui gagne ?

Et autres considérations

Thomas DEBRAND,
Economistes de la santé, IRDES

Le système d'Assurance-maladie, qui se caractérise par une obligation d'assurance, repose à la fois sur le pacte de solidarité entre tous les Français de l'ordonnance de 1945, sur le principe selon lequel « on cotise selon ses moyens, on reçoit selon ses besoins », ainsi que sur des mécanismes de protection ciblée pour certains types de population (ALD, femmes enceintes, accidents du travail, etc). Le nombre d'exceptions possibles rend ce système illisible, pour les patients comme pour les spécialistes.

La question d'un éventuel bouclier sanitaire mène vers un double constat. D'une part, les restes à charge ne dépendent pas du revenu et peuvent être importants. D'autre part, le nombre de personnes entrant dans les systèmes qui exonèrent de ticket modérateur, en particulier celui des ALD, augmente au point de remettre en question l'acceptabilité de l'ensemble du mécanisme à long terme.

Le bouclier sanitaire, qui substituerait au système des ALD un système de limitation des restes à charge est une idée nouvelle en France dans la mesure où elle toucherait au paradigme de 1945. Elle présente des avantages et des inconvénients.

On peut considérer qu'un reste à charge est « catastrophique » s'il relève de soins très onéreux non pris en charge par l'Assurance-maladie, soit d'un point de vue monétaire, ou bien s'il vient dégrader le niveau de vie du ménage ou représente une part conséquente du revenu du ménage. Il est alors défini en valeur relative par rapport au revenu.

En conséquence, nous avons imaginé deux formes de bouclier sanitaire. Avec le Bouclier uniforme (BU), le plafond serait fixe et ne dépendrait pas du revenu. Ce système, qui traiterait tous les individus de la même façon, relèverait de la notion d'égalité. Avec le Bouclier en fonction du revenu (BFR), le plafond serait au contraire un pourcentage du revenu et la notion d'équité prévaudrait.

L'IRDES a développé un modèle de microsimulation statistique exogène intitulé ARAMMIS. Cette étude se restreint aux prestations du champ ambulatoire. Dans la perspective de mesurer l'impact des deux types de bouclier, elle envisage la disparition du système des ALD au profit d'un système de limitation et de redistribution des restes à charge avec la création d'un bouclier sanitaire, et la neutralité assurantielle afin de n'entraîner ni gains ni pertes pour l'Assurance-maladie.

D'abord, nous avons constaté une grande hétérogénéité des restes à charge au sein même des ALD. Peut-être est-ce une erreur de traiter de la même façon un patient devant prendre un médicament peu cher tous les mois et une personne contrainte de faire des séjours hospitaliers réguliers. Une réflexion serait à mener pour faire évoluer la définition même de l'ALD, qui recouvre à mon sens des situations par trop différentes.

D'après nos calculs, la moyenne des dépenses en ambulatoire hors ALD s'élèverait à 873 euros, contre 3 463 euros pour un individu en ALD. Pour cette même personne, le reste à charge avant complémentaire serait plus important, mais l'écart se réduirait.

Avec les hypothèses que nous avons retenues, seules les personnes en ALD peuvent perdre, mais certaines d'entre elles seront gagnantes. Le BU engendre 9,6 % de patients gagnants et 10,9 % de perdants. Le BFR permet en revanche à 12,5 % des patients d'être gagnants et laisse 10,4 % de perdants. Selon la forme de bouclier retenue, les perdants et les gagnants seront donc différents, de même que les sommes redistribuées.

Nous nous sommes également aperçus que, la probabilité d'être gagnant augmentait avec l'âge et le fait d'être une femme. La probabilité d'être perdant augmente quant à elle avec le fait d'être en ALD et selon l'état de santé. Par ailleurs, le BU n'exerce aucun effet sur le revenu tandis que le BFR a un effet positif de ce point de vue. Enfin, par hypothèse, l'Assurance-maladie n'est ni gagnante ni perdante mais redistribue différemment les restes à charge.

Du point de vue de la redistribution, le système actuel de remboursement est régressif, c'est-à-dire qu'il est très égalitaire et assez peu équitable. Avec le BU, il devient plus régressif encore, soit plus égalitaire et moins équitable. Avec le BFR en revanche, il demeure régressif mais devient moins égalitaire et plus équitable. Nous avons par ailleurs constaté que les individus averse au risque préféreraient le BU, qui assure une limite supérieure fixe au reste à charge.

Le modèle ARAMMIS est avant tout un travail pédagogique. On observe que les effets du BU et du BFR mènent à des conclusions opposées. Le BU limite les très forts restes à charge, réduit l'hétérogénéité des situations et convient aux individus les plus risquophobes, mais il rend le système de remboursement encore plus régressif. Quant au BFR, il induit une plus grande hétérogénéité des restes à charge mais rend le système de remboursement moins régressif. Il nous ferait passer d'un système égalitaire à un système plus équitable.

Cependant, un grand nombre de questions restent posées. Le bouclier doit-il porter sur les individus ou sur les ménages, et sur le secteur ambulatoire ou sur l'ensemble des dépenses ? Que faire des dépenses en optique et dentaire ? Quelle place ménager aux complémentaires ? Je citerai ici l'adage selon lequel le diable se cache dans les détails.

D'un point de vue plus politique, je rappelle que les différents systèmes de santé dans le monde reflètent en partie le regard que les peuples portent sur le concept de justice sociale. Le choix politique sur le calcul des restes à charge reflétera donc la conception de la société française de ce qui est juste et socialement acceptable en termes d'assurance-maladie. Dès lors, notre société devra résoudre le dilemme entre égalité et équité en déterminant à partir de quel moment la recherche absolue de l'égalité devient inéquitable.

Claude LE PEN

La simulation technique des mesures politiques envisagées est intéressante. Il me semble pourtant que le reste à charge unitaire ne saurait exister dans la mesure où il engendrerait forcément la détermination de seuils. Dans cette perspective, le BFR me semble constituer une solution plus réaliste, mais il est contradictoire avec les valeurs de la Sécurité sociale puisqu'il rembourserait moins bien les malades riches. Or un enfant malade doit rester un enfant malade, qu'il soit riche ou pauvre.

Dans le domaine de la dépendance, l'idée d'une prise en compte du revenu des assurés chemine. Peut-être l'assurance dépendance préfigure-t-elle l'Assurance-maladie de demain, qui se détacherait alors des préceptes de l'ordonnance de 1945.

Quelle adhésion ?

Gérard RAYMOND

Président de l'Association française des diabétiques, et administrateur du CISS

Le Président du CISS vous prie de bien vouloir excuser son absence aujourd'hui. Il m'a chargé de vous dire que le CISS constitué de 33 associations du champ de la santé, a adopté une stratégie de plaidoyer pour l'égalité dans l'accès aux soins et est, en ce sens, attentif aux signaux de désengagement de l'Assurance-maladie.

Réfléchir au niveau maximal des dépenses oblige à réfléchir aussi à leur financement. Les dépenses de santé représentent aujourd'hui 11 % de notre PIB, avec une croissance supérieure à 3,5 % par an. Le développement de cet immense secteur économique ne saurait être envisagé sous le seul angle de son coût.

Le CISS a récemment lancé une consultation en ligne intitulée « Santé solidaire en danger ? », forum participatif devant préparer le débat national sur le financement de l'Assurance-maladie. Nous avons, à cette occasion, constaté un effritement des piliers de la solidarité, alors même que 64 % des personnes interrogées se disent attachées au financement collectif et solidaire de la santé. Les répondants se disent par ailleurs prêts à consentir à des contributions si elles sont réparties équitablement.

Si la question du reste à charge doit être abordée comme un problème, c'est en raison de l'élasticité de la notion. Nous assistons à la fois à l'augmentation du prix de la consultation des généralistes, à des vagues de baisses des taux de remboursement et à l'augmentation du prix du ticket modérateur. Aujourd'hui, le reste à charge constitue la variable d'ajustement de l'Assurance-maladie. Son augmentation sert avant tout à récupérer des recettes, à limiter l'accès aux soins dans un objectif de maîtrise des dépenses et à revient finalement à culpabiliser les malades. Nous considérons que la sanction des malades est inacceptable : elle favorise les réflexes de renoncement aux soins, qui pourraient bien être plus coûteux pour la collectivité qu'une prise en charge précoce de bonne qualité, et elle ne constitue pas un levier efficace pour la résorption du déficit de l'Assurance maladie, qui appelle une réponse « en mode recettes » pour faire face à l'augmentation inéluctable des dépenses de santé.

Il nous semble par ailleurs que le renforcement du rôle des complémentaires aggraverait les inégalités d'accès aux soins. En quatre ans, les cotisations ont en effet augmenté de 25 %. De plus, raison de la crise, beaucoup sont susceptibles de perdre le bénéfice de leurs contrats groupe. Aujourd'hui, le mode de calcul des cotisations dues aux complémentaires ne correspond pas à notre vision de la solidarité dans la mesure où leurs montants ne dépendent pas du niveau de ressources des personnes.

En conclusion, le système d'assurance individuelle nous semble à la fois inégalitaire et coûteux. Les solutions sont à rechercher dans l'augmentation des recettes, et non dans la culpabilisation des usagers. La politique actuelle de soins doit laisser place à une logique de politique de santé, de prévention et d'amélioration des processus de soins. C'est pourquoi nous appelons de nos vœux un débat public sur un financement solidaire et équitable de l'Assurance-maladie, avec un égal accès aux soins pour tous. Dans l'espoir qu'un tel débat se tienne en 2012, le CISS souhaite constituer une force de proposition et de réflexion.

Claude LE PEN

Je rappelle qu'il existe un premier reste à charge après remboursement de l'assurance publique obligatoire, puis un second après remboursement par les assurances complémentaires.

Table ronde 3

Quels rôles pour les complémentaires ?

Les assurances ?

Alain ROUCHE

Directeur santé, Fédération Française des Sociétés d'Assurance

Dans la mesure où ce sont *in fine* les Français qui paient l'intégralité des dépenses de santé, il me semble d'abord que la question principale reste celle de la maîtrise des dépenses de santé. Concernant la contribution des complémentaires, je note qu'elles n'ont qu'un poids limité dans ce domaine. Le chiffre d'affaires annuel des complémentaires s'élevant à environ 30 milliards d'euros et le déficit de la Sécurité sociale à 15 milliards d'euros, on imagine quel impact un transfert des charges sur les complémentaires pourrait avoir.

Je rappelle que les complémentaires santé coûtent plus cher que les assurances automobile. Aujourd'hui, nous constatons que certains assurés choisissent de descendre en gamme. Nous avons de plus en plus de difficultés à faire accepter le niveau des cotisations aux Français. La CMU complémentaire concerne du reste environ 4 millions d'entre eux.

Il me semble que les complémentaires peuvent potentiellement jouer trois rôles très différents à l'avenir.

- Soit elles restent cantonnées à un rôle supplétif de l'Assurance-maladie obligatoire, avec des transferts de charges (augmentation de la contribution des organismes complémentaires sur leur chiffre d'affaires santé, augmentation du forfait journalier hospitalier, etc ;) qui ne peuvent qu'être répercutés sur leurs prix. Je ne vous cache pas que nous ne souhaitons pas endosser un tel rôle.
- Soit on utilise davantage leur valeur ajoutée dans les domaines de l'optique et du dentaire. Certaines complémentaires ont en effet mis en place au cours des ans d'importants réseaux destinés à améliorer le rapport qualité prix de leurs prestations. Leur positionnement leur permet de mener dans ce domaine des négociations intéressantes. Si toutes les complémentaires s'attelaient à constituer de tels réseaux, les restes à charge baisseraient sensiblement. Aujourd'hui, les chaînes d'optique s'interrogent par exemple sur la pratique de leurs concurrents. Des procès sont du reste en cours, ce qui aura pour conséquence d'assainir le marché. Une labellisation des magasins d'optique est, par ailleurs en préparation. Mais pour apporter ce type de valeur ajoutée, nous aurions besoin d'avoir accès à certaines données de soin, afin d'améliorer notre gestion des risques.
- Soit, enfin, une meilleure coopération entre les complémentaires et l'Assurance-maladie obligatoire se met en place. Dans le domaine dentaire par exemple, les complémentaires ont été conviées trop tard à négocier avec les syndicats de dentistes alors qu'un protocole d'accord avait déjà été signé entre eux et l'Assurance-maladie obligatoire. Par contre, la négociation sur le « secteur optionnel » (possibilité pour certains médecins, sous certaines conditions, de facturer des dépassements d'honoraires plafonnés) la coopération AMO/AMC a été efficace. On peut simplement regretter, à ce stade, que les pouvoirs publics n'aient pas donné suite à ces propositions.. Dans le domaine des maladies chroniques enfin, différentes initiatives prises par les organismes complémentaires, en liaison avec l'assurance maladie ont réussi à démontrer leur impact économique sur la dépense..

En conclusion, nous considérons que cantonner les complémentaires dans un rôle passif se révélera infructueux. A l'inverse, les deux dernières voies que j'ai présentées me semblent être dignes d'être explorées.

Claude LE PEN

L'assurance complémentaire semble en effet être en train de trouver une place différente par rapport à son positionnement traditionnel.

Je me tourne maintenant vers Jean-Martin Cohen Solal. Le monde de la Mutualité a été révolutionné. Vous avez une activité d'assurance tout en gardant un attachement aux valeurs sociales. Votre évolution est sans doute l'une des questions actuelles les plus intéressantes dans le domaine du système de santé.

Les mutuelles ?

Jean-Martin COHEN SOLAL
Directeur Général, Mutualité Française

La Mutualité couvre 57 % du marché de la santé. Pour un nombre inchangé d'adhérents (18 millions), nous sommes passés de 6 000 à 800 mutuelles ces dernières années, dans une perspective de densification et de professionnalisation. Les normes européennes telles que Solvabilité II impactent toutes les compagnies d'assurance. Imposant un niveau de fonds propres trop important, elles risquent de provoquer une nouvelle augmentation importante des cotisations.

Avant de commencer, je tiens à rappeler à Gérard Raymond que le tarif des mutuelles n'est pas lié à l'état de santé des personnes, mais peut intégrer des effets de classes d'âge.

Aujourd'hui, l'évolution des dépenses de santé est très rapide. Leur explosion est partout devenue insupportable. Aux Etats-Unis par exemple, la réforme menée par Barack Obama tend à la fois à couvrir les millions d'Américains qui ne l'étaient pas et à limiter l'explosion des dépenses de santé. Aujourd'hui, l'exigence nouvelle d'efficacité nous oblige à travailler sur la qualité et sur le coût de nos soins, donc à imposer des contraintes. Aucun secteur économique ne connaît un différentiel plus important entre sa croissance et la croissance économique en général. On constate par ailleurs une déconnexion entre la réalité du système, qui est que l'on soigne de mieux en mieux, et sa perception par les usagers. Il est aujourd'hui capital que les professionnels et les usagers travaillent ensemble.

Il me semble par exemple que les médecins n'ont pas toujours conscience du coût de leurs prescriptions. Le rôle économique des prescripteurs est pourtant réel. C'est pourquoi ils doivent être responsabilisés. La France est en effet le premier pays consommateur de médicaments au monde. Nous disposons par ailleurs de 38 officines pour 100 000 habitants, contre 26 en Allemagne et 11 aux Pays-Bas. Seules Chypre et la Bulgarie nous dépassent dans ce domaine. Dans la perspective d'une lutte pour l'efficacité, le monde politique devrait se pencher sur une réorganisation de la distribution des médicaments en France.

L'augmentation annuelle du coût des complémentaires est due à l'augmentation des dépenses de santé et des taxes ainsi qu'aux transferts de charges. Un contrat individuel s'élève en moyenne à 500 euros par an. J'ajoute que contrairement à ce que l'on pense généralement, les ALD pèsent aussi sur les complémentaires et sur les ménages.

Aujourd'hui, les complémentaires ne veulent plus être cantonnées à un rôle supplétif mais travailler à mieux accompagner leurs adhérents. La Mutualité, qui compte 2 200 établissements et services de santé, fait du reste partie des acteurs de santé. Les programmes d'accompagnement sont devenus la priorité en matière de santé mutualiste. Nous avons par exemple mis en place Priorité Santé Mutualiste et aussi un programme de prévention et de diminution de l'incidence de l'hypertension artérielle destiné à diminuer les facteurs de risque. Notre rôle est de travailler sur les maladies chroniques avant qu'elles ne se transforment en ALD, c'est-à-dire agir plutôt que de se voir taxés.

En ce qui concerne l'optique et le dentaire, je ne suis pas d'accord avec la FFSA pour sortir ces secteurs du domaine de la santé. Je pense que nous devons travailler en chaînage avec l'Assurance-maladie obligatoire. Le conventionnement est en effet très important pour assurer à la fois la qualité et les coûts.

En conclusion, je pense que nous devons parier sur l'intelligence de notre système avec une prise en charge plus globale de nos patients. Nous devons également tabler sur la prévention qui a prouvé, notamment dans le domaine bucco-dentaire, son efficacité. Il est également important de mener une réflexion sur la rémunération des professionnels de santé.

J'ajouterai que notre système est encore très inégalitaire. Il nous revient d'augmenter sa transparence et la qualité de l'information le concernant. Aujourd'hui, le débat n'est pas suffisamment partagé par les citoyens. Nous devons asseoir autour d'une même table l'Etat, l'Assurance-maladie, les complémentaires et les usagers afin d'établir un diagnostic partagé et de produire un *corpus* commun de contrats et de solutions. Enfin, nous devons tenir bon sur le cap que nous aurons fixé.

Questions

Claude LE PEN

Le système de santé français relève d'une culture, d'un patrimoine commun. Il est fondé sur des valeurs de solidarité et de qualité. 5 milliards d'euros, dont la moitié va aux hôpitaux et l'autre à la médecine de ville, y sont injectés tous les ans mais les Français continuent à avoir l'impression qu'il est « pénurique ». Si nous sommes si mécontents d'un système pourtant extraordinaire à bien des points de vue, c'est peut-être en raison de sa désorganisation et de son manque de lisibilité. Il me semble que le problème central tient à un important déficit de gestion.

Michel ADOU

Je serais d'avis que nous inversions notre méthode d'approche de la question en faisant passer la politique avant la technique. Peut-être devrions-nous par exemple revoir les grands principes de 1945, qui ne me semblent pas immuables dans la mesure où les intérêts des uns et des autres, notamment sur la question du bouclier, sont différenciés.

Claude LE PEN

Il était expliqué que les lois économiques étaient encapsulées dans une vision politique de la société, un consensus qui leur faisait office de boîte. Si nous posons la question de ce qu'elle contient, interrogeons-nous avant toute chose sur la boîte elle-même.

Gérard RAYMOND

C'est bien le débat politique qui devra trancher.

Gérard BAPT

Je m'imagine mal que soit bousculé le consensus selon lequel chacun a le droit d'être soigné en fonction de son état de santé.

Je souhaite poser une question aux assureurs présents. Roselyne Bachelot a renvoyé la question du bouclier sanitaire au débat de l'élection présidentielle. La structure très particulière de l'offre de soins coexistant avec des assurances complémentaires, unique au monde, n'interdit-elle pas la création d'un bouclier sanitaire, sous peine de remettre en question l'existence même des complémentaires ? Toute une catégorie de population n'ayant que peu l'occasion d'accéder aux soins pourrait en effet ne plus trouver d'intérêt à souscrire un contrat complémentaire.

Claude LE PEN

Le bouclier sanitaire constitue-t-il une incitation à l'auto-assurance ?

Alain ROUCHE

Ce bouclier est percé dans la mesure où il porte sur la dépense remboursable par l'Assurance-maladie obligatoire. Il ne couvre par exemple pas les dépassements d'honoraires. Il se positionne par ailleurs comme réglant une question de justice au regard des restes à charge mais n'apporte pas de réponse au déficit observé, à moins que son niveau de couverture soit modifié ou que le prix du ticket modérateur

augmente. Le bouclier viendrait percuter de front le domaine des complémentaires, qui trouveraient peut-être demain leur place sous une autre forme.

Jean-Martin COHEN SOLAL

J'ajoute que je ne suis pas certain que le bouclier sanitaire tel qu'il est présenté aujourd'hui ajouterait à la lisibilité du système. En promouvant l'auto-assurance, il casserait par ailleurs la solidarité nationale alors que c'est la mutualisation des risques qui permet d'obtenir des tarifs supportables. Nous sommes prêts à étudier toute réflexion nouvelle mais ne sommes pas enthousiasmés par la perspective de mise en place d'un bouclier sanitaire éventuel.

Gérard BAPT

Je voudrais également savoir si la Mutualité serait disposée à faire des propositions concernant les inégalités qu'elle génère, notamment dans le domaine des instituts de prévoyance. Certains bénéficient d'avantages fiscaux et sociaux maximum. Comment un salarié passant à la retraite peut-il voir exploser le montant de sa complémentaire ? Les salariés de grandes entreprises, généralement mieux payés que la moyenne, bénéficient quant à eux à quart de prix des meilleures couvertures.

Jean-Martin COHEN SOLAL

Concernant les contrats collectifs obligatoires, certaines entreprises participent largement aux charges de leurs employés sous forme de salaire différé. Quelques contrats de ce type sont des aberrations. Leur caractère irresponsable a par exemple largement contribué à l'augmentation des dépassements d'honoraires. La loi Evin a posé des limites sur la sortie de ces contrats pour éviter toute explosion des cotisations des salariés, qui pouvaient tripler. La Mutualité plaide sur cette question pour un crédit d'impôts pour tous, car le fait que certains ne soient pas aidés du tout représente une inégalité sociale.

Claude LE PEN

Dans la fonction publique, les contrats sont individuels.

Alain ROUCHE

Le système des contrats collectifs d'entreprises a tout de même permis à de nombreux Français d'accéder à une bonne couverture santé. S'il était remplacé par un autre système, je ne suis pas certain que nous arriverions au même résultat. Par ailleurs, les exemples extrêmes où des frais réels abusifs sont couverts n'existent pratiquement plus. Je rappelle enfin que les salariés passant à la retraite voient leurs cotisations augmenter parce qu'une partie significative de celles-ci était, quand ils étaient actifs, payée par leur entreprise.

Claude LE PEN

Ce problème devait être résolu par les « contrats responsables » de 2004 mais il semble qu'il demeure. Je vous remercie. Les actes de cette matinée seront accessibles sur internet et diffusés par courrier électronique. Notre prochain rendez-vous se tiendra le 9 juin autour de la question « Les ARS, pour quoi faire ? ».

Synthèse réalisée par la société Ubiquis
Tel : 01.44.14.15.16
[www .ubiquis.fr](http://www.ubiquis.fr)

en partenariat

avec

**le Panorama du Médecin, Glaxo Smith Kline, Pfizer, Bristol Myers Squibb,
le Collège des Economistes de la Santé, la Fédération Hospitalière de France
le Laboratoire d'Economie et de Gestion des Organisations de Santé
Paris Dauphine**

