
Egalité devant les soins, égalité devant la santé : quel rôle pour l'assurance-maladie ?

*Pierre VOLOVITCH **

La prise en charge collective des dépenses de santé doit-elle relever des mécanismes de l'assistance, de ceux de l'assurance sociale ou de ceux de l'assurance privée ? Les travaux préliminaires à la mise en place de la Couverture Maladie Universelle (CMU) en France ont conduit à des débats renouvelés sur ces questions. L'Assistance médicale gratuite gérée par les départements avait conduit à des situations d'inégalités fortes. Dans les pires des cas l'accès aux soins était chichement mesuré et soumis à des règles de contrôle social peu compatibles avec la dignité des personnes ¹.

Dans les meilleurs des cas les départements en prenant en charge les cotisations d'assurance personnelle renonçaient, dans les faits, à la mise en place d'un système d'assistance et renvoyaient la prise en charge des personnes concernées au système d'assurance sociale. La création d'un système national d'assistance qui aurait réduit les inégalités a été repoussé pour des raisons de principe : les plus démunis doivent pouvoir accéder aux soins de tous et ne peuvent être enfermés dans un système de santé réservé aux plus pauvres. Le débat a donc porté sur les modalités d'amélioration de la couverture maladie, dans le cadre des principes de l'assurance sociale ².

Des rapports du Haut Comité de Santé Publique à l'exposé des motifs de la loi sur la CMU l'accord est très large sur le fait que la dégradation du niveau de prise en charge par l'assurance sociale, qui assure la « couverture de base » du risque, est la cause principale des difficultés d'accès aux soins pour les plus dé-

* Chercheur à l'IRES

1. L'accès aux soins était parfois soumis à la délivrance, contrôlée, de tickets.

2. Pour une défense de l'assistance dans le domaine de la santé voir l'interview de J.Michel Belorgey dans Droits Ouverts - Médecins sans Frontières - avril 1999

munis. Cependant l'amélioration de la couverture de base, parce qu'elle aurait impliqué une hausse des cotisations d'assurance maladie, n'a pas été retenue. On a préféré une construction baroque et fragile. La couverture de base pour les 150 000 personnes qui ne parvenaient pas à faire valoir leurs droits est financée par un recyclage de financements publics. La couverture complémentaire pour les 6 millions de personnes qui ne pouvaient assumer les dépenses nécessaires pour acquérir une couverture complémentaire est financée par la mise en commun de financements publics et de financements privés issus des mutuelles, des institutions de prévoyances et des sociétés d'assurances. Les assureurs privés ont été de chauds partisans de cette solution qui légitime leur présence dans le domaine de la santé et met en place, même de façon incomplète, des mécanismes de concurrence « tempérée » qu'ils appellent de leurs vœux. Car face aux nombreux écueils qui rendent improbable l'assurance individuelle et commerciale du risque santé les assureurs privés se voient beaucoup mieux « acheteurs avisés » de biens et services médicaux adossés à un financement qui demeurerait socialisé qu'en assureurs solitaires face aux aléas de la maladie. La fin des obstacles financiers à l'accès aux soins est certainement une condition nécessaire à l'égalité d'accès de tous aux soins. Les expériences étrangères montrent cependant qu'elle n'est pas la condition suffisante à une réelle égalité face à la maladie. La prise en charge des dépenses de santé par les systèmes de protection sociale a une dimension solidaire forte. Parce qu'elle n'intervient que de façon curative elle échoue à réduire les inégalités face à la santé. Il s'agit bien d'une solidarité inachevée.

Les spécificités du risque maladie.

L'Assurance Maladie prend en charge trois types de prestations. Des indemnités journalières qui maintiennent le revenu du bénéficiaire pendant la durée de sa maladie, des prestations d'invalidité qui remplacent ou complètent le revenu du bénéficiaire dont la maladie a réduit les capacités de travail, et enfin des prestations dites de « soins de santé » qui prennent en charge (partiellement ou totalement) les dépenses liées à la maladie. C'est à cette prise en charge des dépenses liées à la maladie que nous limitons ici notre propos. Parce qu'il s'agit aujourd'hui de la forme **principale de la couverture du risque maladie** et parce que cette prise en charge pose des questions spécifiques qui n'existent pas pour les autres prestations sociales. L'analyse des modes de couverture des dépenses liées à la maladie par les systèmes de protection sociale doit en effet prendre en compte quatre caractéristiques qui différencient assez fortement le risque maladie des autres risques de protection sociale.

Le rôle des professionnels et la concentration des dépenses

Deux caractéristiques majeures de la couverture maladie sont liées à la nature même du risque couvert :

– Le niveau de la prestation est défini par des professionnels. Les prestations de santé sont délivrées en fonction d'un besoin. Dans le domaine de la protection sociale d'autres prestations sont également délivrées en fonction d'un besoin (allocations familiales, allocation logement, minima sociaux...). Mais dans tous ces cas le besoin est évalué par l'administration qui applique à chaque cas des barèmes généraux et impersonnels. Au contraire pour les prestations de santé le besoin de soins, et donc le niveau de la prestation, sont évalués par un professionnel en fonction d'un cas individuel. Il y a donc, dans la définition même du niveau de la prestation, intervention, entre le bénéficiaire et l'organisme financeur, d'un tiers. La définition du niveau de la prestation est alors réalisée certes en fonction des besoins du bénéficiaire, évidemment en tenant compte des règles mises en place par le financeur, mais également en fonction des intérêts économiques et des règles éthiques des professionnels de santé.

– La concentration très forte des prestations sur un très petit nombre de bénéficiaires. La totalité des autres prestations sociales, qu'elles soient en espèce ou en nature, donnent lieu à des versements réguliers et, dès lors que la situation du bénéficiaire ne change pas elles sont identiques dans le temps. Les prestations de santé donnent au contraire lieu à des versements irréguliers et très différenciés. Certes, près de 90 % des personnes couvertes bénéficient d'un remboursement de soins de santé **au cours d'une année donnée, mais seulement 15 % bénéficient de soins hospitaliers qui sont des soins beaucoup plus coûteux (CNAMTS, 1999)**.

D'autre part si le niveau moyen de remboursement individuel est de 7 000 F. par an, il est supérieur à 90 000 F. par an pour 3 % des bénéficiaires qui regroupent, à eux seuls, 50 % des remboursements. En examinant de plus près les points extrêmes de la distribution on constate du côté des forts consommateurs de soins que 0,2 % des bénéficiaires regroupent 10 % des remboursements avec un niveau de remboursement individuel supérieur à 350 000 F. par an tandis que du côté des petits consommateurs 29,7 % des bénéficiaires regroupent 10 % des remboursements avec un niveau moyen de remboursement inférieur à 3 500 F.

Ce rôle des professionnels et cette concentration des prestations se retrouvent dans tous les systèmes de santé et ce quel que soit leur mode d'organisation et de financement.

La place des ayants droits et la différenciation de la couverture du risque

A l'inverse deux autres caractéristiques de la couverture du risque maladie ne relèvent pas du risque lui-même mais sont liées à son mode de prise en charge.

– **La place considérable des ayants droit : Les enfants et le conjoint inactif du cotisant bénéficient, au moins dans le cadre de la couverture de base, des mêmes prestations que le cotisant. Plus largement l'ouverture des droits aux prestations maladie est fréquemment liée, en dehors de tout versement de cotisations, à la perception d'une**

autre prestation. Cela a longtemps été le cas pour les retraités qui bénéficiaient de la couverture maladie de base sans versement de cotisation. La mise en place de la CSG a évidemment modifié cette situation. Mais l'accès automatique, sans versement de cotisation, à l'assurance maladie de base reste vrai pour certains bénéficiaires de prestations de chômage, d'invalidité, pour les bénéficiaires du RMI... Pour tous les bénéficiaires de ces prestations le niveau de couverture sociale dont ils bénéficient serait évidemment très différent si le lien qui existe entre la prestation en espèces dont ils bénéficient et la prise en charge des soins de santé était remise en cause. La présence d'un nombre important d'ayants droit se retrouve dans les pays dont les systèmes de santé sont proches du nôtre. On verra cependant que l'Allemagne résout le problème du financement de l'assurance maladie des retraités d'une façon assez différente de la nôtre. Le passage, souhaité par certains, et d'une certaine façon déjà largement entamé, à une couverture universelle financée par l'impôt ferait évidemment disparaître cette caractéristique.

– Une couverture du risque très différenciée en fonction du type de soin. Cette différenciation prend deux formes. Une première différence sépare, dans tous les systèmes, la prise en charge des soins hospitaliers, largement couverts, de celles des soins ambulatoires moins bien couverts. Cette dualité hôpital / ville s'articule fortement aux deux caractéristiques du risque signalées plus haut. Le rôle du professionnel dans la définition du niveau de la prestation est évidemment beaucoup plus fort à l'hôpital qu'en médecine ambulatoire : alors que le patient conserve un certain poids auprès du médecin de ville (demande d'examens complémentaires, décision d'aller voir un second médecin...) à l'hôpital ce sont les professionnels qui définissent seuls le niveau de la prestation. La concentration des soins sur un petit nombre de personnes est également plus forte à l'hôpital. Une seconde différence dans le mode de couverture partage les soins en fonction de leur caractère plus ou moins « vital » ou « utile » : Faible couverture des soins de prothèses dentaire ou d'optique, présence d'un ticket modérateur très important sur certains médicaments. Le faible niveau moyen de la couverture de base en France est en fait le résultat d'écart de niveau de couverture entre type de soins plus important que chez nos voisins européens. Au-delà de la couverture de base les couvertures complémentaires obéissent, elles aussi, à des règles très diverses liées à l'organisme assureur mais également à la nature des soins assurés. Une analyse de la couverture maladie qui négligerait cette différenciation des niveaux de couverture serait donc fortement réductrice.

Trois systèmes de prise en charge de la maladie :

Trois modes principaux de prise en charge de la santé ont été mis en place dans les pays développés. La prise en charge à travers une assurance maladie générale conduit à lier l'attribution des prestations à un critère d'activité, que celui-ci soit direct (la personne couverte est elle-même en activité) ou indirect (la personne couverte est le conjoint ou l'enfant d'une personne en activité ; on parle alors d'ayants droit). Le critère d'activité s'étend dans le temps et est appliqué pour des personnes qui sont aujourd'hui en emploi, comme pour des personnes qui l'ont été (c'est le cas des retraités). Ces systèmes d'assurance maladie générale s'opposent évidemment aux systèmes universels, mais ils s'opposent aussi aux systèmes à base strictement professionnelle. Dans les systèmes universels, comme il en existe au Royaume-Uni et dans les pays scandinaves, l'accès au système national de santé est fondé sur un critère de résidence. Les systèmes à base strictement professionnelle se distinguent des systèmes généraux d'assurance maladie en ce qu'ils offrent une couverture fortement différenciée aux personnes selon l'activité qu'elles exercent, l'entreprise ou la branche dans lesquelles elles travaillent. Le cas américain offre un exemple de ce type de système, où la couverture maladie des salariés est (ou n'est pas) prise en charge par les entreprises¹. Ceci aboutit à des financements et des prestations extrêmement diversifiés. Le système français est un système d'assurance maladie tendant fortement à la généralité. Une des caractéristiques de ce type de système est la place considérable qu'y occupent les « ayants droit ».

1. Les plus pauvres sont cependant pris en charge par un programme fédéral d'assistance : Medicaid.

1. L'Assistance face à la santé : des obstacles éthiques et techniques

La prise en charge du risque maladie avec les techniques de l'assistance se heurte à trois obstacles importants. Dans nos sociétés qui supportent si facilement les inégalités dans certains domaines, les inégalités dans le domaine de la maladie apparaissent comme illégitimes. La prise en charge des soins est la base de l'activité de professionnels de santé qui, même quand ils soignent des pauvres savent faire valoir des exigences en matière de rémunération et de conditions de travail. L'assistance, parce qu'elle est un mode de prise en charge localisée, n'a pas la taille suffisante pour prendre en charge un risque dans lequel les coûts de prise en charge d'un faible nombre d'individus peuvent devenir très importants. Il ne s'ensuit pas que la mise en place de systèmes d'assistance dans

le domaine de la santé est impossible – on sait qu'il en existe – mais que ce mode de prise en charge apparaît rapidement défaillant.

Une affirmation de l'égalité des droits

Parce que les soins de santé apparaissent directement en relation avec la survie elle-même, nos sociétés construites culturellement et juridiquement sur une affirmation de l'égalité des droits, ne trouvent pas de justification à l'inégalité devant les soins. L'assistance, parce qu'elle vise à assurer des droits sans viser à l'égalité des situations apparaît donc comme inadaptée dans le domaine des soins. D'autre part les procédures d'assistance sont fréquemment accompagnées de règles de contrôle et de contraintes justifiées par la nécessité d'éviter de favoriser des comportements socialement condamnables. En prenant en charge le pauvre il faut éviter de mêler le pauvre méritant et le pauvre volontaire. De la même façon, on peut noter pour le risque chômage, la volonté de réserver la couverture au chômage « involontaire ». On peut aussi penser aux constructions intellectuelles sur les risques de la désincitation au travail tapis au cœur des minima sociaux. La maladie apparaît au contraire comme une situation involontaire. Le fait que ce soit un professionnel et non le malade qui détermine le niveau de la prestation ne constitue-t-il pas de fait une procédure de contrôle ? Y compris quand la maladie est directement liée à un comportement du malade (alcool, tabac, drogue...) personne n'a jamais sérieusement proposé de faire dépendre la prise en charge du malade d'un changement de son comportement. En fait c'est le comportement lui-même qui est considéré comme devant faire l'objet d'un soin à travers des politiques de prévention ou des pratiques curatives. Cette sensibilité à l'inégalité dans le domaine de l'accès aux soins, est évidemment liée au caractère transmissible de la maladie. Si le chômage et la pauvreté se transmettent mal par contagion, il n'en est pas de même d'un certain nombre de maladies. C'est en pensant à ce caractère transmissible de la maladie que l'on peut comprendre pourquoi les inégalités de soins peuvent être si fortes, et finalement si bien socialement acceptées, dans des domaines (prothèse dentaire, optique) ou les risques de contagion pour les autres et le risque vital pour l'individu sont inexistantes. Il n'en reste pas moins que le degré d'acceptabilité de l'inégalité dans le domaine des soins n'est pas universellement le même et que l'on peut noter des différences importantes d'une société à l'autre.

On a déjà vu intervenir les professionnels dans le paragraphe précédent (contrôle de l'utilité de la prestation, définition de la maladie et façon d'appréhender le comportement du malade). C'est un autre aspect de l'intervention des professionnels qu'il faut examiner à présent. Comme chacun le sait, un des problèmes posés par l'assistance est que « les programmes pour pauvres sont irrés-

médiatement de pauvres programmes » (Poulin-Simon, 1981). Or mettre en place un système d'assistance dédié aux soins des pauvres suppose nécessairement que des professionnels de santé acceptent de travailler dans ce dispositif. On sait que ce n'est pas impossible, mais le médecin et l'infirmière, même bénévoles, même acceptant d'être moins bien rémunérés, demanderont, pour eux et donc pour leurs malades de disposer de conditions de travail décentes, de matériel adéquat. Quand les pauvres sont seuls à défendre les dispositifs pour pauvres la faiblesse de leurs moyens de négociation sociale fait qu'ils ont peu de chance d'obtenir une amélioration des dispositifs qui les concernent. Mais en matière de santé le dispositif ne sera pas défendu par les pauvres seuls. Il sera également défendu par des professionnels de santé dont la puissance de négociation sociale est bien plus importante. Pour illustrer cet aspect du rôle des professionnels il est intéressant de revenir sur l'évolution de l'hôpital. Au départ l'hôpital est par définition le lieu de relégation des pauvres. La naissance d'une médecine technicienne qui avait besoin d'un minimum d'activité collective et de moyens incompatibles avec l'exercice individuel du médecin de ville a transformé l'hôpital en outil technique de pointe... au point qu'il a fallu rappeler dans la récente loi de lutte contre l'exclusion, la fonction sociale de l'hôpital. Autre exemple, celui de l'étouffement progressif de la médecine de dispensaire qui illustre le même mouvement de refus par un grand nombre de professionnels de conditions d'activités pauvres car destinées aux pauvres.

La prise en charge locale confrontée à la concentration des dépenses

L'assistance est un mode de prise en charge locale de populations définies. La concentration très forte des dépenses sur un très petit nombre d'individus demande au contraire que le risque soit pris en charge sur les populations les plus larges possibles. Financièrement la prise en charge autonome par une structure locale de la couverture soins de santé d'une population limitée est pleine de périls. De nombreuses collectivités locales en charge de l'aide médicale gratuite avaient au reste, prudemment choisi de prendre en charge non les soins des personnes protégées mais le paiement de leurs cotisations d'adhésion volontaire à l'assurance maladie. Le cas de l'administration pénitentiaire peut également être intéressant à rappeler. Pendant longtemps l'administration pénitentiaire a pu assumer la prise en charge des soins d'une population à priori jeune et en bonne santé. La transformation de la population carcérale, la multiplication parmi les détenus de personnes nécessitant des prises en charge lourdes (toxicomanie, SIDA) ont conduit l'administration à renoncer à maintenir un service de santé propre. Aujourd'hui l'administration pénitentiaire prend en charge les cotisations d'assurance maladie des détenus qui sont donc couverts par le régime général.

Ces trois raisons ne conduisent cependant pas à l'impossibilité d'une prise en charge des soins de santé par l'assistance. On a bien encore en France, en attendant la mise en place de la CMU, des départements qui gèrent l'aide médicale gratuite avec des bons de visite distribués aux pauvres en nombre très limi-

té et dont le renouvellement est soumis au contrôle des services sociaux qui vérifient l'existence d'un besoin. On pense également à l'existence aux USA du programme Medicaid qui prend en charge, sous conditions de ressources, les pauvres. Il n'en demeure pas moins que l'assistance apparaît, aujourd'hui, dans nos sociétés comme très peu capable de prendre en charge la couverture maladie.

D'une certaine façon ce sont bien ces limites de l'assistance qu'illustre la mise en place de la CMU. La décentralisation avait mis à la charge des départements la gestion de l'aide médicale gratuite. La faiblesse de la couverture de base dans le domaine de la médecine ambulatoire s'est combinée avec les disparités des politiques locales pour conduire à des situations d'inégalités, de renoncement du recours aux soins, que personne ne voulait justifier.

La solution choisie reste cependant précaire. D'une part parce que le refus de passer à la CMU grâce à une amélioration du niveau de la couverture de base a conduit à mettre en place un système de financement complexe et donc fragile. D'autre part, parce que la loi n'a pas réglé la question du niveau réel des prestations auxquelles les bénéficiaires de la CMU pourront accéder gratuitement en particulier dans les domaines sensibles des prothèses dentaires et de l'optique. Si, à la suite des négociations qui sont menées actuellement, ces prestations sont fixées à un niveau élevé, on aura trouvé une bonne solution pour les plus pauvres mais la question de l'effet de seuil, la question des droits de personnes dont les revenus sont à peine supérieurs au seuil et ne bénéficieront donc pas de cette gratuité, se posera avec une forte acuité.

Si, au contraire, pour éviter un dérapage financier et ne pas renforcer l'effet de seuil, les prestations gratuites ouvertes aux plus pauvres sont significativement en dessous de la norme courante on sera face à l'amorce de création d'un secteur de soins réservé aux plus pauvres. Reste enfin l'inconnue du comportement des professionnels. Les professionnels n'ont pas participé à la négociation sur la mise en place de la CMU et on leur impose, au bénéfice des bénéficiaires de la CMU, un mode de règlement, le tiers payant intégral, qu'ils ont toujours refusé. Hypothèse optimiste : l'ensemble des professionnels acceptent ce mode de règlement pour les 6 millions de bénéficiaires de la CMU. Comment pourraient-ils alors le refuser pour l'ensemble des assurés sociaux ? La question de la réforme du mode de rémunération des professionnels sera enfin réouverte. Hypothèse pessimiste, et c'est malheureusement la plus probable, ce mode de rémunération conduit un nombre important de professionnels à éviter de prendre en charge dans leur clientèle les bénéficiaires de la CMU. On connaît déjà cette situation pour les bénéficiaires de diverses formes de carte santé. On irait alors vers un cantonnement des bénéficiaires de la CMU dans une partie du système de soins. La CMU ne serait évidemment pas la cause d'une ségrégation qui existe déjà, elle pourrait en être le révélateur .

L'assistance, parce qu'elle construirait un système de santé réservé aux pauvres, n'est pas une réponse adaptée à la question de la prise en charge des soins de santé. Reste que le discours, tout à fait justifié, sur la nécessité « d'ouvrir à tous les soins de tous » ne peut totalement négliger que les plus pauvres ont bien des besoins spécifiques. Une réelle prise en charge des besoins de santé des populations les plus fragilisées demande des professionnels dont la qualification ne soit pas seulement technique mais aussi sociale.

2. Vers de nouvelles régulations assurantielles des systèmes de soins ?

Le système de prise en charge de la couverture des dépenses liées aux « soins de santé » fonctionne aujourd'hui en France, avec deux niveaux de couverture. Plusieurs régimes de base, auxquels les actifs sont obligatoirement affiliés et qui ont vocation à couvrir l'intégralité de la population, assurent un premier niveau de couverture en utilisant les techniques de l'assurance sociale. Au-delà de cette couverture de base des régimes complémentaires à adhésion facultative proposent des couvertures en complément dans des conditions financières très variées. Certaines complémentaires, en particulier certaines mutuelles utilisent les techniques de l'assurance sociale (la cotisation est proportionnelle au revenu sans prise en compte de facteurs de risques : âge, taille de la famille...), tandis que d'autres complémentaires utilisent les techniques de l'assurance privée (prise en compte dans le calcul de la cotisation de tel ou tel facteur de risque). Longtemps peu présentes dans le débat sur les problèmes de santé, les sociétés d'assurances y font aujourd'hui un retour remarqué. L'objectif n'est pas de mettre en place un système privé d'assurance individuelle de l'ensemble des soins de santé qui poserait de redoutables problèmes techniques et sociaux. Les sociétés d'assurance ne veulent pas remettre en cause un mode de financement qui resterait largement socialisé mais elles veulent briser le monopole des régimes de sécurité sociale sur la gestion de la couverture de base. Les sociétés d'assurance affirment que dans un système de soins qui serait géré par des mécanismes de marché, elles peuvent être un « acheteur avisé » plus performant que les régimes de sécurité sociale.

Les transformations du financement de la couverture de base

Le financement de la couverture de base a connu deux transformations importantes au cours des vingt dernières années. Au moment de la mise en place de l'assurance maladie le financement était assuré par une double cotisation (salariale et patronale) assise sur le salaire brut. Cette cotisation était plafonnée. La cotisation calculée en fonction du revenu et non du risque était le résultat du choix d'un système d'assurance sociale. L'existence du plafond conduisait à la dégressivité du prélèvement au-dessus du plafond. La première transformation a consisté à faire disparaître le plafond dans le calcul des cotisations. Le déplafonnement de la cotisation salariale a été achevé au 1/1/1980 et celui de la coti-

CMU : Le dispositif voté

La mise en place de la CMU à partir du 1er janvier 2000 vise à résoudre deux problèmes. Celui des 150 000 personnes qui n'ont pas, ou le plus souvent, n'arrivent pas à faire valoir, de droits à l'assurance maladie de base. Celui des 6 millions de personnes qui ne disposent d'aucune couverture complémentaire.

Dans la loi définitivement adoptée le 30 juin 1999 l'affiliation à la couverture de base devient obligatoire. Toute personne résidente (résidence « stable et régulières ») qui ne bénéficie pas des droits aux prestations sur la base de critères traditionnels (activité, ayant droit) est automatiquement affiliée au régime général. Cette affiliation est réalisée sans paiement de cotisations si les ressources sont inférieures à 3 500 F. par mois pour une personne seule ¹. Le droit aux prestations est ouvert immédiatement et automatiquement.

La couverture complémentaire mise en place par la CMU pour toutes les personnes dont les ressources sont inférieures au même plafond assurera un accès gratuit aux soins : dispense d'avance de frais dans leurs rapports avec les professionnels de santé (tiers payant), prise en charge intégrale du ticket modérateur ². Le service des prestations est assuré au choix du bénéficiaire soit par la caisse primaire d'assurance maladie, soit par un organisme de couverture complémentaire. Un organisme de protection complémentaire ne peut refuser une prise en charge. Le financement des prestations est assuré par un fonds spécifique alimenté par une contribution des organismes complémentaire à hauteur de 1,75 % de leur chiffre d'affaire santé et par une dotation budgétaire. Les organismes complémentaires bénéficieront d'une déduction forfaitaire de 1 500 F par bénéficiaire pris en charge. Pour un organisme donné, si la déduction est supérieure au montant de la contribution il obtiendra le remboursement de la différence.

1. 3 500 F pour une personne seule, 5 250 F pour deux, 6 300 F avec un enfant, 7 700 F avec deux...

2. Pour les prothèses dentaires, les frais d'optiques... le niveau de prise en charge sera défini par arrêté. Les négociations avec les professionnels étaient encore en cours au début du troisième trimestre 1999.

sation patronale au 1/1/1984. Le prélèvement lié à la santé devenait alors strictement proportionnel au salaire brut. La seconde transformation, plus importante car elle introduisait une autre logique de financement, a été, en 1998, le basculement de la cotisation salariale vers la CSG. Avant ce basculement l'assiette de la cotisation était pratiquement limitée au salaire. Les revenus de remplacement, et en particulier les retraites, après n'avoir pendant longtemps supporté aucun prélèvement supportaient depuis les années 1980 une cotisation inférieure à 2 %. Le basculement de la cotisation salariale vers la CSG élargit l'assiette vers les revenus de remplacement (et vers certains revenus du capital). Va-t-on vers

un financement par l'impôt ? L'argument des partisans de la fiscalisation du financement des soins de santé est connu. Aujourd'hui les prestations liées aux soins de santé sont, ou doivent devenir, universelles. Il n'y a donc pas de raison de donner une base professionnelle à ce financement. Pour le moment si la cotisation salariale a basculé vers la CSG la cotisation patronale existe toujours. Doit-on maintenir cette cotisation qui affirme que l'entreprise a une responsabilité dans la prise en charge des soins de santé ? Certes cette responsabilité est une construction historique. La première fonction de l'assurance maladie au moment de sa mise en place n'était pas de financer des soins mais bien d'assurer le maintien du revenu en cas de maladie. Les soins de santé, compte tenu du niveau de développement de la médecine à l'époque, n'étaient qu'un objectif second. L'assurance maladie prenait en charge un revenu de remplacement du salarié, finançait, au moins partiellement, les soins de santé qui lui permettaient de revenir au travail ou lui versait des indemnités d'invalidité au cas où ses capacités de travail étaient durablement atteintes. Il s'agissait bien d'une prestation relevant de la responsabilité de l'entreprise. Accessoirement elle assurait les soins des enfants du salarié, futurs travailleurs, et les soins des retraités, anciens travailleurs. A l'époque, et cela a encore été vrai tant que l'espérance de vie des salariés est demeurée proche de l'âge de la retraite, **la durée de vie à la retraite des salariés âgés était trop courte pour être perçue comme une cause importante de dépenses de santé.**

Si les conditions historiques qui ont donné naissance à cette responsabilité de l'entreprise dans les soins de santé se sont modifiées, celle-ci doit-elle pour autant disparaître ? La façon dont les Allemands ont résolu le problème de la participation des retraités au financement des soins de santé est, de ce point de vue, intéressante à examiner. Les retraités allemands s'acquittent d'une cotisation d'assurance maladie au même taux que les actifs tandis que les caisses de retraite s'acquittent de la part patronale de cette cotisation au même taux que les employeurs.

Le coût des cotisations maladie des retraités (les leurs et celles des caisses de retraite) est donc indirectement financé par les cotisations retraite que les entreprises versent aux caisses de retraites. Dès lors que la responsabilité de l'entreprise envers son salarié ne s'arrête pas à l'âge de la retraite n'est-il pas logique qu'elle finance outre son revenu de remplacement (la retraite) les dépenses de soins de santé qui, si elles restaient à sa charge pourraient réduire à rien ce revenu de remplacement ? **C'est du reste dans la même logique d'une responsabilité étendue de l'entreprise que les Allemands ont mis en place une prestation dépendance financée par des cotisations patronales et salariées.**

Contrairement à ce que cherchent à faire admettre certains discours, aucune loi naturelle ne lie un certain type de dépenses (sociale ou autre) à un certain type de financement. Financer telle dépense avec tel type de recette est toujours un choix. On peut défendre l'idée d'un financement des dépenses de santé par l'impôt. C'est en effet un des choix possibles. Encore ne faudrait-il pas oublier de préciser quel impôt. Impôt proportionnel qui ne tient pas compte de la composition du ménage

comme dans le cas de la CSG ? Un autre impôt ? L'impôt général ? Et alors avec quel degré de progressivité ?

La place de plus en plus grande de la couverture complémentaire

Mais le financement des soins de santé ne se limite pas aux cotisations obligatoires des régimes de base. Il faut également tenir compte de la place des couvertures complémentaires. Cette place des régimes de base et des complémentaires est comme nous l'avons dit plus haut très différenciée suivant le type de soins. (pour l'évolution de la place des couvertures complémentaires voir annexe statistique)

Il y a donc bien plusieurs logiques de couverture des soins de santé. Alors que les dépenses hospitalières sont fortement socialisées par les régimes de base la situation est très différente pour la médecine ambulatoire. Or le recours aux soins hospitaliers plutôt qu'aux soins ambulatoires n'est pas strictement lié au problème de santé lui-même mais va dépendre dans la réalité d'effets d'offre, (existence ou non à proximité de tel ou tel type de structure de soins), des demandes des malades ou de leur famille (fonction justement de ces différences de niveaux de prise en charge), du type de recours aux soins dont on sait qu'il est très lié à l'appartenance socioprofessionnelle, au niveau d'éducation. Cette dualité hôpital / ville s'articule fortement, comme signalé plus haut, à deux caractéristiques du risque : le rôle des professionnels dans la définition du niveau de la prestation et la concentration des soins sur un petit nombre de personnes.

Autre facteur de différenciation, le caractère plus ou moins « vital » ou « utile » des soins. Ainsi la très faible couverture des soins de prothèses dentaires ou d'optique, la présence d'un ticket modérateur très important sur certains médicaments sont liées au fait que ces soins ont été, à tel ou tel moment, considérés comme des soins « de confort ». Mais ces différences de niveau de couverture sont également liées à des choix que fait tel ou tel groupe de professionnels. En fonction des réglementations, les professionnels font des choix dont l'objectif est bien l'obtention d'un certain niveau de revenu. Ainsi, pour les dentistes, le niveau de remboursement des « soins conservateurs » en dentaire est très faible, souvent inférieur aux coûts réels. Face à cette situation et plutôt que de demander une réévaluation de la valeur des soins les dentistes ont choisi d'assurer leurs revenus grâce à des prix de prothèses d'autant plus rémunérateurs qu'ils étaient peu contrôlés par l'assurance maladie car très mal pris en charge. La négociation actuelle avec les dentistes est donc une négociation qui doit englober une revalorisation forte des « soins conservateurs » qui permettrait de revenir à des prix de prothèses compatibles avec un niveau de prise en charge amélioré sans entraîner de baisse des revenus des professionnels.

Au-delà de la couverture de base les couvertures complémentaires sont d'une grande diversité. Elles obéissent à des règles très diversifiées liées à l'organisme assureur mais également aux soins assurés. Si certaines mutuelles calculent encore leur cotisation sur le seul revenu de la personne assurée sans tenir

compte ni de son âge, ni du nombre de ses ayants droit cela n'est pas vrai pour d'autres mutuelles, ni *a fortiori* pour les sociétés d'assurances. Pour certaines complémentaires le niveau de couverture est uniforme pour toutes les personnes couvertes ; dans d'autres complémentaires c'est le niveau des primes qui définit le niveau de couverture.

Enfin, et comme on l'a déjà évoqué, les cotisations patronales d'assurance maladie et la CSG payée par les actifs et les retraités, financent la couverture maladie de bénéficiaires d'autres prestations. La couverture qu'apportent ces prestations serait profondément modifiée si elle ne s'accompagnait pas d'une prise en charge des soins de santé. Ainsi la couverture des soins de santé participe à la politique familiale et à la politique d'intégration des handicapés. En 1981, au cours des premiers mois de l'année, le gouvernement Barre avait un instant envisagé de supprimer pour les chômeurs en fin de droits l'affiliation automatique à l'assurance maladie. Ils auraient dû, pour conserver ou acquérir une couverture de leurs dépenses de santé, acquitter une cotisation d'assurance volontaire. Cela aurait évidemment correspondu à une profonde dégradation de leur niveau de protection. Dans les débats récents sur la retraite on a, avec juste raison, insisté sur les liens entre politique de retraite et politique d'emploi. Curieusement on a négligé, à l'autre bout en quelque sorte de la retraite, le lien entre retraite et couverture du risque dépendance. Si les retraites peuvent demeurer d'un niveau élevé on peut, ce n'est pas forcément une bonne solution, envisager de ne mettre en place qu'une prestation dépendance d'appoint, de secours, limitée à certaines populations. Mais si le niveau des retraites doit baisser il faudra forcément mettre en place une prestation dépendance.

Quelle place pour les sociétés d'assurance

Quelle place les sociétés d'assurances peuvent-elles prendre dans ce paysage ? Définir des classes de risques homogènes puis établir le niveau de prime qui permettrait de financer chaque classe de risque, se heurte, dans le domaine des soins de santé, à deux obstacles importants. Le risque santé est tel que la définition *a priori* de classes de risques différenciés apparaît comme un exercice problématique. Mais surtout, même si on arrivait à différencier des classes de risques, compte tenu de la concentration très forte des dépenses de santé sur un petit nombre d'individus on ferait apparaître des risques impossibles à financer par les voies de l'assurance individuelle. L'assurance maladie, s'il s'agit de prendre en compte l'ensemble de soins de santé, n'est envisageable que si les populations couvertes sont larges, incluses dans des classes de risques peu nombreuses et donc assez rustiques. La logique de l'assurance privée individuelle ne s'applique dès lors dans le domaine de la santé que dans des cas limités et précis : couverture du « petit risque », prise en charge de soins spécifiques mal couverts par les régimes de base et dont le coût peut être connu d'avance, création

de prestations liées à la maladie et qui n'existent pas dans le système actuel d'assurance maladie .

La démarche assurantielle n'est cependant pas totalement absente de notre système de santé. Mais dans les cas même où elle est présente on peut en faire apparaître les limites.

Dans le domaine des accidents du travail et des maladies professionnelles la modulation des cotisations professionnelles en fonction de la fréquence et de la gravité des accidents vise à inciter les entreprises à limiter les dépenses de santé entraînées par leur activité. **On sait qu'elle a aussi pour effet d'inciter à la sous déclaration des accidents, à la dissimulation des causes professionnelles des maladies, au transfert vers le régime général d'une partie importante des dépenses de santé nées des conditions de travail.**

En médecine ambulatoire le fait de laisser à la charge du patient une partie des dépenses qu'il provoquait (ticket modérateur, dépassement en secteur 2) avait pour objectif de le « responsabiliser ». On retrouvait ici l'objectif de lutter contre le « risque moral » thème assez général en assurance. Aujourd'hui nul ne croit à l'efficacité de cette « responsabilisation » comme moyen d'arriver à la maîtrise des dépenses de santé et le ticket modérateur est à présent presque unanimement analysé comme facteur de développement des inégalités .

Si les sociétés d'assurances sont de plus en plus présentes dans le débat sur le système de santé, ce n'est pas parce qu'elles ont résolu les questions techniques que poserait la mise en place d'un système d'assurance commerciale dans le domaine de la santé, mais parce qu'elles espèrent jouer un rôle nouveau sur le marché de la santé : celui « d'acheteur avisé ».

La place des professionnels

Au cœur de la gestion du risque santé se trouvent les professionnels par la place qu'ils tiennent dans la définition même du niveau de la prestation. Plus l'autonomie du professionnel est forte et moins le payeur a de contrôle sur le niveau de la dépense. Pas de contresens toutefois, il n'y a pas de lien rigide entre la quantité, et encore moins la qualité des soins, et la dépense. En effet, entre les soins et la dépense il y a les revenus des professionnels de santé. La question est donc, à travers le contrôle de l'activité des professionnels, le niveau de contrôle des revenus, et donc de la dépense totale qui peut être obtenu.

Il existe plusieurs moyens de contrôler l'évolution du revenu des professionnels, ou au moins d'une partie d'entre eux. La rémunération sous forme de salaire couplée à l'existence d'une enveloppe fermée a été utilisée en France pour maîtriser l'évolution des dépenses hospitalières. La rémunération des généralistes de ville sous forme de capitation en Grande-Bretagne permet également, parce que le nombre global de malades est connu, de gérer de façon prévisible l'enveloppe globale du coût des soins. Les Allemands utilisent, à l'intérieur de plusieurs enveloppes, dont le taux de progression est prédéfini, une technique d'évolution flottante de la cotation des actes (si le nombre des actes est tel que, à valeur constante des actes, l'enveloppe est dépassée, alors la valeur de l'acte est diminuée).

Pour les partisans de la concurrence l'inconvénient de la médecine salariée et de la capitation est que, dès lors que l'autonomie du professionnel reste forte, on aura beaucoup de mal à inciter à l'amélioration de la qualité comme de la quantité des soins. Le budget global par hôpital progressant en fonction de critères nationaux a ainsi conduit à la pérennisation de rentes de situation au profit des structures les moins innovantes. Les enveloppes fermées par spécialités ou types de soins sont, de plus, directement contradictoires avec le nécessaire décloisonnement du système de soins. Certes le patient a la liberté de choix et on pourrait penser qu'il va choisir les « meilleurs » fournisseurs de soins. Mais c'est justement au moment où les soins sont les plus coûteux (hôpital) que sa liberté de choix est la plus faible. De plus, outre qu'il n'est pas financeur direct des soins, son faible niveau d'information et d'expertise sur la qualité réelle des soins l'empêche d'utiliser cette liberté de choix comme élément de dynamisation du système de soins.

Une nouvelle vision de la gestion des systèmes de santé

Face à ces contradictions s'est développée une nouvelle vision de la gestion des systèmes de santé. Elle rassemble plusieurs éléments d'origines diverses. Trois facteurs au moins, communs à plusieurs pays peuvent être soulignés. L'introduction de mécanismes de concurrence dans la régulation des systèmes de soins. De tels mécanismes, d'abord expérimentés aux Etats-Unis ont ensuite été introduits au Royaume-Uni et en Suède à la fin des années 1980. L'objectif est de mettre en place un marché « interne ». Les dépenses totales demeurent prédéterminées et contrôlées. Les offreurs et demandeurs qui interviennent sur ce mar-

ché sont des organes du système lui-même. L'idée forte est de séparer clairement des acheteurs et des fournisseurs de biens et services de santé. Il s'agit de réintroduire des incitations à l'amélioration des résultats en réduisant le pouvoir des offreurs au profit de celui des demandeurs. Casser un système qui fonctionnait du « haut vers le bas » et construire un système où « l'argent suit le patient ». De telles réformes sont également promues aujourd'hui dans les pays d'Europe du sud (Volovitch, 1993), (Cabiedes, Guillén, à paraître). Les réformes conduites dans ce sens dans différents pays peuvent soit être circonscrites au secteur public, soit s'accompagner de l'émergence d'assureurs privés comme acteur.

Un second facteur d'évolution privilégie la dimension technique de la médecine moderne en envisageant la naissance d'une médecine protocolisée. Une fois qu'il a posé le diagnostic le médecin « de base » doit appliquer les soins en fonction de protocoles mis au point par un tout petit nombre de spécialistes qui sont les seuls à même de suivre les progrès perpétuels de la science. De cette vision découle le développement des « conférences de consensus », la mise en place de Références Médicales Opposables (RMO), la mise sur le marché de logiciels d'aide à la prescription. Il n'est pas question de nier l'utilité que peuvent avoir ces outils. On ne peut oublier cependant ce qu'ils peuvent avoir de tentants pour les responsables administratifs qui se sont auto-désignés « gestionnaires de la santé ».

Troisième facteur, le maintien de fortes inégalités face à la santé, le développement de pathologies spécifiques et de phénomènes de non-recours aux soins liés à la pauvreté et à l'exclusion ont contribué à une prise de conscience des pouvoirs publics : seul un niveau élevé de socialisation des dépenses de santé peut permettre de lutter contre les inégalités et le non-recours aux soins.

A partir de ces sources très variées, naît le projet d'un système de santé universel dont le financement demeurerait fortement socialisé, et dans lequel le niveau de couverture serait déterminé par l'Etat et décliné dans un « cahier des charges ». La grande différence serait que l'assuré aurait le choix entre plusieurs régimes d'assurance placés eux-mêmes en situation de concurrence. Les régimes d'assurance maladie dans cette situation de quasi-marché deviendraient, pour leurs adhérents, des « acheteurs avisés » de soins auprès de structures de soins (hôpital ou professionnels de ville) avec lesquelles ils passeraient des contrats. Le pari des assureurs est que les sociétés d'assurances sont les mieux à même de passer ces contrats (voir en annexe : La concurrence « tempérée »).

L'évolution non totalement maîtrisée des dépenses de santé dans un environnement idéologique où la non-progression des prélèvements obligatoires reste l'alpha et l'oméga des politiques économiques, les difficultés à renouer les fils du dialogue entre les professionnels, et tout particulièrement les médecins, et l'assurance maladie, se combinent pour mettre cette option à l'ordre du jour. Les débats autour de la mise en place de la CMU ont montré la grande capacité

des assureurs à faire avancer le type de solution qui a leur préférence. (Voir en annexe : La CMU maquette incomplète d'une concurrence « tempérée » ?)

Quel débat, quels soins couverts, quelle pratique médicale ?

Cette évolution, si elle se confirmait poserait de nombreuses questions.

- Si nous allons – ce qui en effet peut paraître tout à fait souhaitable – vers un système de soins qui ne serait plus organisé par, et d'une certaine façon en fonction des intérêts des professionnels de santé ; si nous allons donc vers un système de soins dans lequel les choix redeviendraient des choix collectifs, personne ne peut souhaiter que les choix soient réalisés par les seuls « acheteurs avisés ». Se pose alors l'intéressante, mais redoutable question de l'organisation du débat public sur les questions de santé, c'est à dire la question du contenu réel de la « démocratie sanitaire ».
- Pour lutter contre les inégalités dans le domaine des soins il faut une couverture de haut niveau. Mais quel est le champ couvert par cette couverture ? On voit apparaître dans le camp des « acheteurs avisés » des débats sur la définition du « panier de soins » à prendre en charge, des discussions sur les frontières des soins médicalement utiles. Les cures thermales, la procréation médicalement assistée, l'homéopathie, la chirurgie plastique sont autant de soins dont la prise en charge peut être discutée. Si le champ des soins couverts est défini de façon trop étroite par rapport à la demande mais aussi, et surtout, par rapport aux capacités de l'offre, l'absence de couverture n'empêchera pas le développement de ces secteurs de soins, elle en rendra l'accès inégalitaire. On aurait évacué le ticket modérateur, le secteur 2, les lits privés à l'hôpital public, tous facteurs d'inégalité, par la porte. Ils réapparaîtraient, sous une autre forme, par la fenêtre.
- L'évolution technique de la médecine est indéniable. L'activité du médecin peut-elle pour autant être « protocolisée » ? Les récents états généraux de la santé ont montré la force de l'attente d'une modification profonde de la relation médecin/malade dans le sens d'une meilleure information, d'une meilleure prise en compte par le médecin de la dimension sociale de la maladie. Il y a des problèmes réels d'exercice de la médecine que les programmes informatiques d'aide à la prescription ne peuvent résoudre. Sans oublier que le vieillissement de la population va s'accompagner d'une augmentation de la place des pathologies chroniques qui ne relèveront plus de l'hôpital. La distinction entre des soins de ville pour des pathologies légères requérant des soins de courte durée et des soins hospitaliers pour des pathologies lourdes requérant des soins de longue durée est certaine-

ment derrière nous. Cette évolution s'accompagnera forcément de changements dans les modes de pratique, la formation, les modes de rémunération. Comment gérer la fusion nécessaire entre le sanitaire et le social ?

3. La Solidarité inachevée.

La couverture des soins de santé assure incontestablement une redistribution horizontale. Les personnes bien portantes financent les soins utilisés par les malades. Les célibataires actifs financent les soins des enfants des familles nombreuses. L'ensemble des actifs financent une partie des soins pour les personnes âgées.

Y a-t-il de plus redistribution verticale ? Le dé plafonnement des cotisations finançant les régimes de base a fait disparaître le caractère dégressif du prélèvement. La cotisation patronale et la CSG sont des prélèvements proportionnels . Pour les couvertures complémentaires la diversité des règles de financement et de couverture vide de sens l'éventuelle mesure d'un effet redistributif moyen. Surtout, la question de la dimension financière de la redistribution doit-elle être posée quand il s'agit de santé ? Quand bien même il apparaîtrait que les dépenses de soins produisent une redistribution financière verticale au bénéfice des plus pauvres cela serait de peu d'intérêt si cette redistribution financière ne réduit pas les inégalités réelles dans le domaine même de la santé. La question du caractère solidaire de la prise en charge des soins de santé est bien de savoir si la couverture maladie réduit les inégalités face à la santé.

Sur cette question on sait deux choses. Sans la prise en charge collective des soins de santé les inégalités de santé seraient sans aucun doute plus fortes. En dépit de cette couverture sociale les inégalités face à la santé demeurent très importantes.

Les différences de durées de vie par milieu social sont fortes dans tous les pays développés, et ce quel que soit le système de prise en charge des soins de santé. De ce point de vue la levée des obstacles financiers à l'accès aux soins, qui est le but de la mise en place de la CMU, est certainement une condition nécessaire pour réduire les inégalités de santé. Mais les exemples de maintien de fortes inégalités en matière de santé dans les pays où l'accès aux soins est totalement gratuit (Royaume Uni, pays scandinaves), montrent que ce n'est certainement pas une condition suffisante.

La mesure des inégalités de santé à travers les inégalités de durées de vie reste un outil de mesure assez fruste. Quelle est la part dans ces inégalités des causes biologiques, sociales, historiques ? En mesurant des inégalités entre actifs on prend en compte des populations qui disposaient, au moment de la mesure, d'un état de santé leur permettant d'être actifs. Dans ce type de population la surmortalité liée au groupe social est importante et elle a augmenté au cours des dernières années.

On trouvera ci-après des données chiffrées relatives à la situation en France mais cette évolution est également observée dans de nombreuses études qui couvrent l'ensemble des pays européens. L'existence de cette surmortalité permet d'illustrer l'écart qui existe encore entre la prise en charge collective des soins de santé et une réelle réduction des inégalités face à la santé.

La prise en charge des soins de santé n'épuise pas les questions de santé. Les causes des inégalités devant la santé sont dans l'éducation, le travail (ou l'absence de travail), la nourriture, les modes de vie... Une assurance maladie solidaire doit se fixer, au-delà de l'indispensable réduction des inégalités d'accès aux soins, des objectifs de réduction des inégalités de santé. On est aujourd'hui très loin de cette prise en charge globale de la santé et l'assurance maladie demeure encore une assurance « soins de santé ». De ce point de vue la Solidarité face à la santé est largement inachevée.

Références bibliographiques

- Belorgey J.M. (1999), « CMU le Dérapage ? », *Droits ouverts – Médecins sans frontières*, Avril .
- Blanchet D. (1996), « Les références assurantielles en matière de protection sociale – apports et limites », In numéro spécial « Economie de la protection sociale, gestion des risques », n° 291/292, Economie et statistique – INSEE, p. 33.
- Bocognano A., Couffinhal A., Grignon M., Mahieu R., Polton D.(1998), « Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé – Théorie et bilan des expériences étrangères ». *CREDES*, Novembre.
- Boulard J.C. (1998), « Pour une couverture maladie universelle », Rapport au premier ministre, Août.
- Cabiedes L. et Guillén A.M. (2000), « L'introduction de la concurrence dans les systèmes de santé en Europe du sud », *Revue Française des Affaires Sociales*, à paraître.
- Direction des statistiques et des études (1999), « Concentration des dépenses d'assurance maladie et montant des remboursements individuels », *CNAMTS*.
- Haut Comité de la Santé Publique (1998), « La progression de la précarité en France et ses effets sur la Santé », Février.
- Johanet G. (1998), « Sécurité sociale : l'échec et le défi », *Le Seuil*, Mai.
- Lequet D., Volovitch P. (1999), « La prise en charge par les systèmes d'assurance maladie des personnes à bas revenus ou en situation de précarité en Europe », *Etudes et statistiques*, n° 2, DREES, Avril.
- Mesrine A. (1999), « Les différences de mortalité par milieu social restent fortes », *Données sociales – INSEE*, p. 228.
- Mormiche P. (1995), « Les disparités de recours aux soins en 1991 », *Economie et statistique* n° 282, INSEE, p 3.
- Poulin-Simon L. (1981), *Les assurances sociales, pour une sécurité du revenu et des salariés*, Montreal, Citée par S. Morel (article ci-dessus).

Volovitch P. (1993), « La réforme du NHS anglais », Solidarité Santé n°2 – Ministère de Affaires Sociales, p. 45.

Winckler M. (1998), « La maladie de Sachs », P.O.L.

Annexe

Ce que les assureurs appellent la concurrence « tempérée »

Dans le numéro spécial de décembre 1998 de « L'Argus de l'assurance » consacré à la Santé, Denis Kessler, président de la FFSA, vice-président du MEDEF signait un article titré : La légitimité incontestable des assureurs. On peut y lire :

« Le risque santé est au premier chef un risque « public », au sens où il implique l'intervention des pouvoirs publics... Cela signifie aussi que c'est un risque vis à vis duquel les Pouvoirs publics ont un devoir de garantir la cohésion sociale. ... Les droits à la santé font désormais partie des droits fondamentaux des citoyens. »

Plus loin dans le même article D. Kessler envisage trois scénarios.

« L'étatisation : ... inconvénient, on peut redouter un ralentissement des progrès médicaux, un rationnement de l'accès aux soins, les difficultés de gérer de façon centralisée un système de plus en plus complexe.../....

Le conventionnement généralisé : ... cependant un tel système suppose une volonté forte des partenaires sociaux.../...

La concurrence « tempérée » ou organisée : Qui dit concurrence ne signifie pas retour aux lois du marché sans contrôle, encore moins dans le domaine de la santé... Il revient incontestablement aux Pouvoirs publics de définir : la politique de santé publique et ses priorités ; les conditions de formation des professionnels de santé ; les cahiers des charges obligatoires portant sur les services médicaux ainsi que les conditions dans lesquelles ils doivent être nécessairement assurés.

L'organisation du système de soins et de son financement serait, en revanche, confiée à des ensembles regroupant producteurs (médecins, hôpitaux, industrie pharmaceutique, autres professionnels de santé, etc.) et financeurs (caisses de sécurité sociale, assureurs privés, mutuelles, etc.) qui contracteraient entre eux des conventions de moyens ou long terme.../...

Les individus choisiraient de s'affilier individuellement ou en groupe, auprès de l'organisation de leur choix sous condition d'être au minimum assurés selon les clauses obligatoires du cahier des charges défini par les Pouvoirs publics.

Il est clair qu'un tel schéma entraîne la fin du monopole de la Sécurité sociale sous sa forme actuelle. Il implique que les différents assureurs, publics et privés, se comportent en acheteurs exigeants de services et biens médicaux dans l'intérêt de leurs assurés.../... Il conduit à la fin du conventionnement automatique des praticiens et à des restructurations profondes du système hospitalier. »

Dans Le Monde du 30 juin 1999 Denis Kessler reprend cette idée de concurrence « tempérée » en la définissant comme suit : « Concurrence *tempérée* parce que l'obligation d'adhésion demeure, que le financement peut être socialisé, et que les opérateurs doivent respecter strictement un cahier des charges »

La CMU maquette (incomplète ?) d'une concurrence « tempérée » ?

Dans son rapport sur la mise en place de la CMU le Député J.Claude Boulard (Boulard, 1998) proposait trois scénarios de mise en place d'une couverture complémentaire pour les plus démunis.

Une « couverture décentralisée encadrée » qui laissait aux départements la responsabilité de la mise en place de la CMU. Cette responsabilité était cependant « encadrée » par des règles nationales destinées à réduire les fortes inégalités de traitement existant entre départements. Même si les départements passaient des conventions avec l'assurance maladie le dispositif gardait des liens forts avec les mécanismes classiques d'assistance. Dans les faits il s'agissait d'un scénario fictif car les départements ne voulaient pas conserver cette compétence.

Une « couverture centralisée ». Ici c'était le Régime Général, fonctionnant sur la base des mécanismes de l'assurance sociale, qui offrait, au-delà de la couverture de base, une couverture complémentaire. L'avantage de ce scénario était d'offrir un « guichet unique » pour, tout à la fois, la couverture de base et la couverture complémentaire à des populations dont les rapports avec les administrations ne sont jamais simples. L'inconvénient explicité dans le rapport est qu'on mettait alors en place, pour une partie de la population, une assurance maladie sous conditions de ressources. L'inconvénient non explicité était qu'on ne voit pas comment on aurait pu longtemps « réserver » à une partie de la population ce qui allait apparaître comme une amélioration de la couverture offerte par l'assurance maladie. Pression d'autant plus dangereuse que, dans ce scénario, les seuls financeurs potentiels étaient l'Etat et les collectivités locales.

Aussi le rapport proposait un troisième scénario dit « partenarial » dans lequel l'ensemble des assureurs complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance, assureurs privés) étaient mis à contribution pour financer, au nom de la solidarité, la couverture complémentaire des plus pauvres. L'ensemble des fonds vient financer une « Aide personnalisée santé » (APS), qui solvabilise la demande de couverture complémentaire. Les bénéficiaires pouvaient choisir de passer par une mutuelle ou un assureur privé. Un scénario où chacun avait accès aux « droits de tous ». Et où les plus défavorisés pouvaient « choisir » leur complémentaire...

On remarque que ce scénario comportait plusieurs des éléments de la concurrence « tempérée » que les assureurs appellent de leurs vœux : adhésion obligatoire.

Certes il ne s'agit que d'une maquette, et manquait encore une pièce, par rapport au projet des assureurs. La possibilité, pour eux-mêmes, de négocier directement les tarifs avec les professionnels.

Tranche d'âge 25-64 ans	Variation des taux de décès	Surmortalité par rapport à la catégorie cadres sup.	
		(81-83)	(89-91)
	(81-83)/(89-91)	(81-83)	(89-91)
INFARCTUS			
Ouvriers - employés	-14 %	1,5	2,5
Commerçants - cadres moyens	-11 %	1	1,6
Cadres sup. - professions libérales	-47 %	1	1
MALADIES CEREBRO-VASCULAIRES ET HYPERTENSIVES			
Ouvriers - employés	-18 %	2,5	3,3
Commerçants - cadres moyens	-21 %	1,4	1,8
Cadres sup. - professions libérales	-38 %	1	1

Source : données INSERM citées dans *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Haut Comité de la Santé Publique. Février 1998

Lecture : entre les périodes (81-83) et (89/91) le taux de décès par infarctus a diminué de 14 % chez les ouvriers et employés tandis qu'il diminuait de 47 % chez les cadres supérieurs et les professions

Il n'empêche que l'on voit bien tout le bénéfice que les assureurs pouvaient tirer de leur présence dans ce troisième scénario .

On comprend également très bien leur opposition au choix, finalement fait par M. Aubry sous la pression des associations, de proposer dans la loi un mélange des deux derniers scénarios qui conduit à ce que le bénéficiaire puisse choisir entre une mutuelle, une institution de prévoyance, un assureur privé ou... l'assurance maladie.

Tant que l'assurance maladie garde le monopole de la couverture de base le risque est grand que la plupart des bénéficiaires de la CMU choisissent l'assurance maladie pour leur couverture complémentaire. Les assureurs complémentaires ne seraient plus alors que les payeurs d'un dispositif qu'ils ne contrôlaient pas.

Pour répondre à cette menace les assureurs complémentaires ont alors signé avec la CNAMTS un protocole qui énonçait en particulier deux points dont on comprendra l'importance : le recours à l'assurance maladie pour la complémentaire des bénéficiaires de la CMU ne peut être envisagé que s'il y a carence manifeste des assureurs complémentaires. Les assureurs complémentaires doivent pouvoir participer, aux côtés des régimes de base, aux discussions conventionnelles avec les professionnels de santé. Qui a dit qu'il manquait encore une pièce à la maquette ?

Egalité devant les soins, égalité devant la santé : quel rôle pour l'assurance maladie ?
23

Evolution des modes de financement de la couverture maladie

Structure de financement des dépenses de soins et biens médicaux

Egalité devant les soins, égalité devant la santé : quel rôle pour l'assurance maladie ?
25

Hôpitaux publics	1970	1975	1980	1985	1990	1992	1995	1997
Etat et collect. locales	10,80	7,50	5,10	4,30	1,72	1,51	1,33	1,35
Sécurité sociale	76,20	80,90	86,00	85,50	90,06	90,17	90,18	89,77
Mutuelles	1,20	1,70	7,70	1,20	1,41	1,42	1,52	1,58
Ménages/IP/Assur.	11,80	9,90	7,20	9,00	6,81	6,90	6,97	7,30
IP						0,27	0,33	0,39
Assurances						0,74	0,71	0,79
Ménages						5,89	5,93	6,12
Total	100	100	100	100	100	100	100	100
Rappel : part des hôpitaux publics dans le total des dépenses de soins et biens médicaux								
	30,4	34,6	41,4	39,2	36,4	35,95	36,54	36,59

Hôpitaux privés	1970	1975	1980	1985	1990	1992	1995	1997
Etat et collect. locales	6,20	5,60	3,10	0,80	0,56	0,47	0,42	0,41
Sécurité sociale	83,80	87,30	88,60	87,70	86,55	87,64	85,75	84,97
Mutuelles	2,50	1,90	1,70	4,30	3,48	3,66	4,43	4,51
Ménages/IP/Assur.	7,50	5,20	6,60	7,20	9,41	8,23	9,40	10,11
IP						0,70	0,90	1,03
Assurances						1,57	1,55	1,70
Ménages						5,96	6,95	7,38
Total	100	100	100	100	100	100	100	100
Rappel : part des hôpitaux privés dans le total des dépenses de soins et biens médicaux								

Médecins	1970	1975	1980	1985	1990	1992	1995	1997
Etat et collect. locales	2,60	1,90	1,30	1,50	1,00	0,86	1,05	1,19
Sécurité sociale	70,60	75,10	74,30	69,30	62,12	60,99	59,00	59,21
Mutuelles	7,70	7,50	9,40	7,40	8,63	8,87	10,41	10,42
Ménages/IP/Assur.	19,10	15,50	15,00	21,80	28,25	29,28	29,54	29,18
IP						2,19	2,64	2,90
Assurances						4,54	4,75	5,08
Ménages						22,55	22,15	21,20
Total	100	100	100	100	100	100	100	100
Rappel : part des hôpitaux publics dans le total des dépenses de soins et biens médicaux								

Egalité devant les soins, égalité devant la santé : quel rôle pour l'assurance maladie ?
27

Dentistes	1970	1975	1980	1985	1990	1992	1995	1997
Etat et collect. locales	0,60	0,40	0,40	0,30	0,18	0,14	0,24	0,31
Sécurité sociale	50,70	50,70	48,50	43,80	36,33	34,07	31,61	31,75
Mutuelles	3,60	5,80	9,40	7,90	10,41	11,54	14,51	15,84
Ménages/IP/Assur.	45,10	43,10	41,70	48,00	53,08	54,25	53,63	52,10
IP						3,45	4,65	5,41
<i>Assurances</i>						9,88	9,21	9,41
<i>Ménages</i>						40,92	39,77	37,28
Total	100	100	100	100	100	100	100	100
Rappel : part des dentistes dans le total des dépenses de soins et biens médicaux								
	7,23	6,62	6,91	6,44	6,57	6,5	6,26	6,07

Laboratoires d'analyse	1970	1975	1980	1985	1990	1992	1995	1997
Etat et collect. locales	1,80	1,90	0,20	0,40	0,38	0,35	0,39	0,46
Sécurité sociale	71,40	62,80	72,90	69,80	63,90	64,73	63,23	64,53
Mutuelles	14,50	8,30	9,40	8,30	10,28	10,41	11,69	11,80
Ménages/IP/Assur.	12,30	27,00	17,50	21,50	25,44	24,50	24,69	23,22
IP						2,22	2,33	2,65
<i>Assurances</i>						5,70	5,61	5,86
<i>Ménages</i>						16,58	16,75	14,71
Total	100	100	100	100	100	100	100	100
Rappel : part des laboratoires d'analyse dans le total des dépenses de soins et biens médicaux								
	2,48	2,62	2,49	2,79	3,09	3,02	2,64	2,47

Pharmacies	1970	1975	1980	1985	1990	1992	1995	1997
Etat et collect. locales	3,00	1,90	1,10	1,00	0,78	0,65	0,80	0,87
Sécurité sociale	62,60	62,80	63,60	65,00	60,83	61,24	59,54	60,79
Mutuelles	6,60	8,30	8,50	10,60	12,05	11,43	12,21	12,29
Ménages/IP/Assur.	27,80	27,00	26,80	23,40	26,34	26,67	27,45	26,05
IP						2,07	2,16	2,33
<i>Assurances</i>						4,21	4,68	4,54
<i>Ménages</i>						20,39	20,61	19,18
Total	100	100	100	100	100	100	100	100
Rappel : part des pharmacies dans le total des dépenses de soins et biens médicaux								
	25,5	22,2	17,5	17,7	18,2	18,2	18,29	18,91