

Jacqueline SIMON
Conseiller maître honoraire à la Cour des Comptes
Ancien directeur général au Groupe Victoire

LA REEVALUATION DE LA POLITIQUE DE L'ASSURANCE MALADIE ET LA RESORPTION DU DEFICIT

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

Ce sera difficile, car toutes les études consacrées au sujet ouvrent sur un éloge dithyrambique du système d'assurance actuel. Au mieux on lui reconnaît quelques défauts mineurs, que l'on déclare faciles à corriger et que l'on estime être d'importance secondaire dans la mesure où leurs aspérités sont gommées par l'assurance complémentaire.

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

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

L'assureur public ne se voit pas dans le rôle d'un répartiteur de risque. Dans l'histoire déjà longue de l'assurance maladie, l'évolution de la société a fait apparaître des besoins nouveaux ; ils ont été satisfaits par l'ajout de droits nouveaux aux droits anciens, sans réexamen autre que marginal de ces derniers, ce qui explique pourquoi l'assurance maladie a été perpétuellement à la recherche de nouveaux financements, et l'est encore.

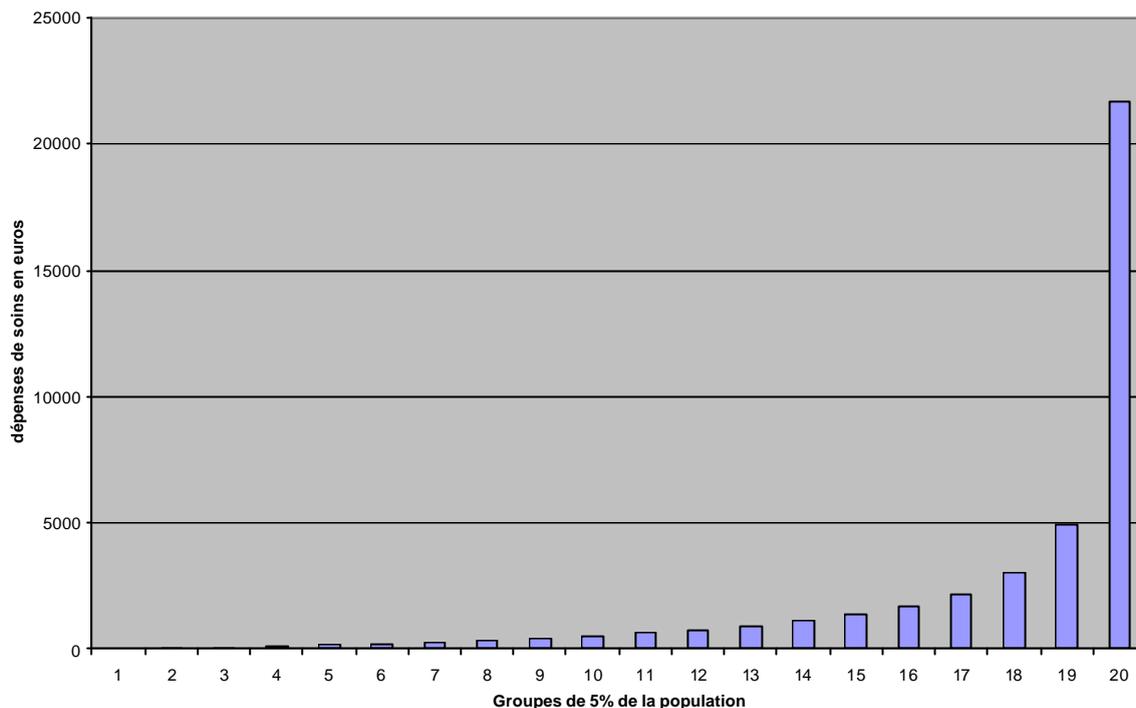
C'est cette logique qu'il faut répudier. Si nous ne le faisons pas, nous continuerons à entasser mesure sur mesure et, on le voit bien en ce moment, jusqu'à même renier nos principes.

La réévaluation n'est certes pas que financière ; elle implique au contraire que l'on modifie sensiblement l'idée que nous nous faisons du rôle de l'assurance. Mais la question de la répartition du risque est au cœur du sujet.

Si on accepte de rééquilibrer la charge qui pèse sur les assurés, ce qui est au demeurant souhaitable du strict point de vue de l'équité, il est possible de résorber le déficit sans augmentation de la charge sociale ou fiscale, en particulier en évitant la création d'un nouvel impôt qui, si intelligent soit-il, sera d'abord un impôt de plus.

L'EQUATION FINANCIERE

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

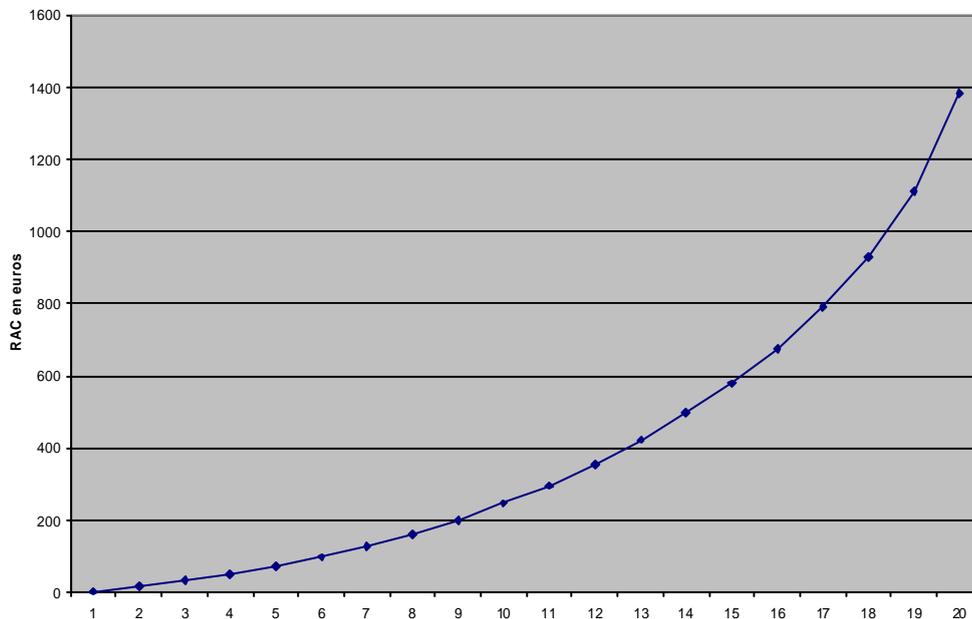


Les caractéristiques du risque apparaissent clairement. On note :

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

On ne le note pas souvent, mais ces caractéristiques font du risque maladie un risque facile à assurer.

Le graphique qui suit est, à l'échelle près, homogène au précédent. Il illustre lui **la répartition constatée de la charge résiduelle** entre les assurés, après le jeu de l'assurance publique - **le reste à charge ou RAC** dans le vocabulaire actuel - pour cette même année 2004.



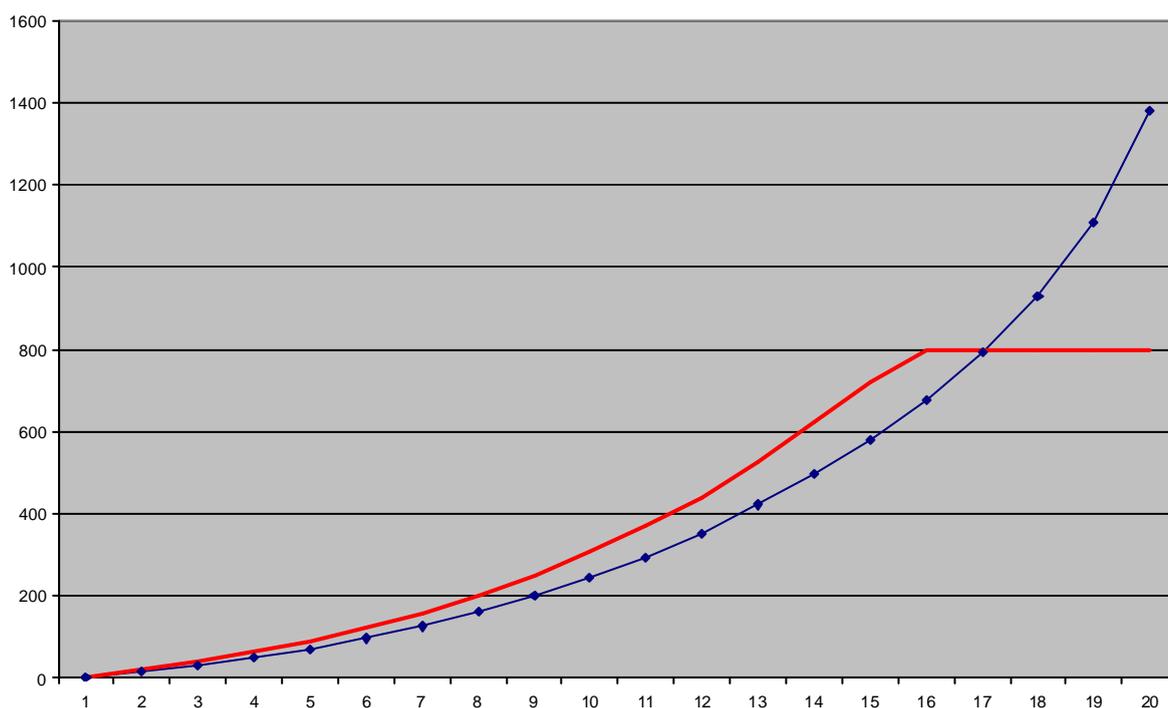
On en voit tout de suite les défauts. On attend d'abord d'un système d'assurance qu'il lisse, qu'il homogénéise la charge du risque. Notre système n'y parvient pas et les assurés restent exposés à des charges très disparates. A l'extrémité de la courbe, cette charge représente un poids excessif pour les ménages modestes, plus excessif même qu'il n'apparaît sur le graphique qui est bâti sur les moyennes de chaque quantile, alors que la dispersion est forte autour de la moyenne (Précisons que contrairement à la présentation qui en est faite, ceci n'a rien à voir avec les franchises en voie de création ; cette anomalie a été décrite pour la première fois dans un rapport de l'année 2004 relatif aux comptes de l'année 2000). Autant qu'excessive la charge, que rien ne limite à l'avance, est aléatoire et la sécurité est imparfaite. **Ce sont, contrairement à la doctrine officielle, des défauts graves.**

Il est vrai que, par la force des choses, l'assurance complémentaire les corrige en partie, mais pas tous, pas pour tout le monde et pas dans les mêmes conditions. C'est par un tour de passe-passe qu'on l'enrôle dans le jugement porté sur l'assurance publique.

Ces insuffisances ne s'expliquent que par un long désintérêt. Tout occupés que nous sommes à perfectionner une organisation qui sans doute le mérite, nous nous refusons, implicitement ou explicitement, à nous interroger sur la façon dont l'assurance fonctionne. On a là un phénomène relativement classique dans le secteur public. La référence à des objectifs généreux et ambitieux, définis de façon floue, occulte la mission de base. On l'a reconnu pour l'enseignement, ce n'est pas différent pour l'assurance.

Pour limiter les restes à charge trop élevés, la solution aujourd'hui envisagée sous l'appellation de bouclier sanitaire est de plafonner l'évolution de la courbe à son extrémité.

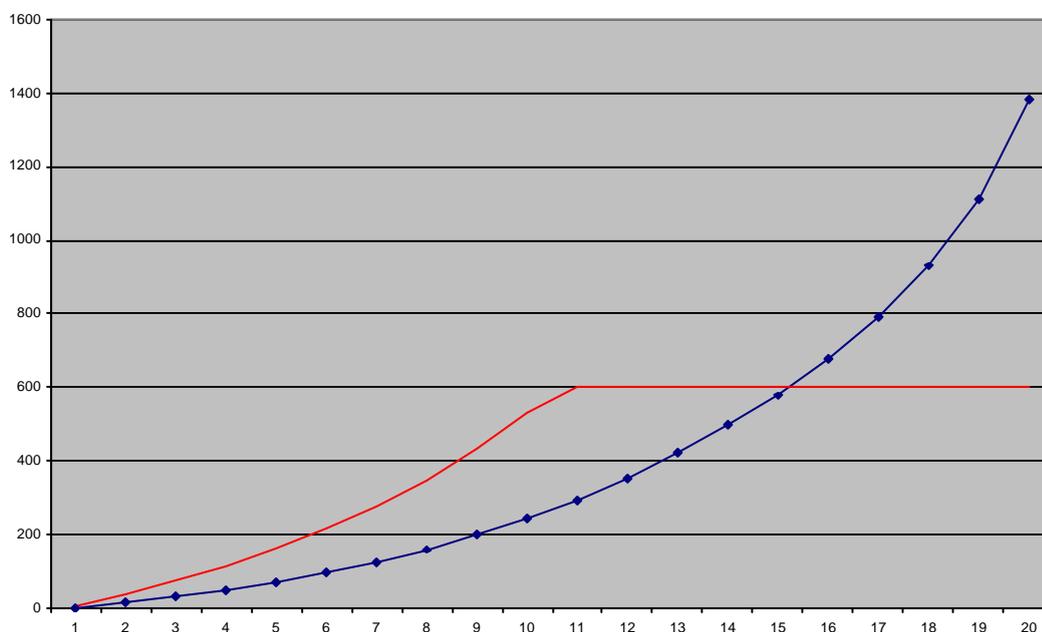
L'existence d'un plafond crée inévitablement un besoin de financement. Pour ne pas aggraver le déficit, on se propose d'une part d'augmenter le ticket modérateur, d'autre part de différencier le plafond en fonction des revenus des intéressés. La courbe prendrait donc alors la forme suivante dans le schéma- cible retenu par les rapporteurs du projet, quand on ajoute les dépenses hospitalières aux dépenses de ville. Faute pour les dépenses hospitalières d'avoir pu être complètement traitées dans le rapport, il est impossible de décrire ici les plafonds différenciés qui viendraient s'articuler sur la moyenne du schéma- cible.



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

On paie cette réforme maladroite et insuffisante d'un prix très élevé, puisque pour la première fois dans l'histoire de l'assurance maladie, on admet une différenciation des prestations en fonction des revenus. Et même, la question est déjà posée de l'utilité d'un plafond pour les riches « En ont-ils vraiment besoin ? » demandent les rapporteurs. Cette évolution vers un système de redistribution tous azimuts a de fortes chances d'être contreproductive. On ne se rend pas bien compte, semble-t-il, qu'on ne demandera pas longtemps aux riches de payer plus de cotisations et de recevoir moins de prestations. Après la réforme et les amodiations qui suivront rapidement, car il est dans la nature d'une réforme imparfaite d'être constamment aggravée, leur sécurité dépendra essentiellement de l'assurance complémentaire qui, paradoxalement, leur demandera une cotisation plus faible que celle que continuera à leur demander le système public (plus faible car calculée en fonction du risque qu'ils représentent et non de leurs revenus). A un terme rapproché, ils demanderont et obtiendront le droit d'être assurés uniquement sur le marché. Il est tout à fait symptomatique que l'on nous donne comme exemple de la dégressivité des prestations l'Allemagne, alors que c'est précisément en Allemagne que les riches s'assurent sur le marché. Nous avons mis très longtemps à donner un contenu au principe d'universalité ; il vaudrait mieux ne pas le compromettre à la légère, car ce sont les riches qui paient le plus de cotisations et ces cotisations sont nécessaires au système public.

Si on veut répartir entre les assurés la totalité du risque, il faut augmenter plus substantiellement les restes à charge aujourd'hui faibles ; en fait, il faut renoncer explicitement à prendre en charge les dépenses peu élevées. Techniquement, cela suppose l'abandon du ticket modérateur, des forfaits, franchises partielles et autres formules existantes, et leur remplacement par une seule franchise de base annuelle, qui dans les conditions de 2004, aurait été de 600 euros par personne, toutes dépenses comprises. La courbe prend alors la forme suivante :



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

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

L'augmentation du reste à charge **moyen** actuel ne sera pas très élevée. Dans les 600 euros, 100 seulement représentent la dépense supplémentaire résultant de la prise en charge du déficit. (Ces 100 euros multipliés par 63,4 millions de personnes produiront bien en effet 6,3 milliards.)

Cette augmentation moyenne sera d'autant plus facile à supporter qu'elle s'accompagnera d'une égalisation. Pour la moitié des assurés la charge diminuera. L'effort demandé ne s'adressera qu'à ceux pour lesquels cette charge est aujourd'hui faible et elle restera, par construction, inférieure pour eux à la moyenne.

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

Les deux solidarités

La séquence : « Il y a des restes à charge trop élevés... un plafond est nécessaire...le plafond coûte...l'effort doit peser sur les riches » aboutit à une impasse, parce qu'en effet le problème n'est pas là. Conçu à une époque où il n'y avait pratiquement pas de grand risque parce que, peu efficaces, les soins n'étaient pas coûteux, à une époque aussi où le recours aux soins était encore rare, notre système pouvait s'offrir le luxe de participer à toutes les dépenses, même légères. Ce qui ne fonctionne plus actuellement, ce n'est pas la solidarité entre riches et pauvres à laquelle la progressivité des cotisations satisfait pleinement, c'est la solidarité entre malades et bien portants. Ces deux solidarités sont différentes l'une de l'autre et doivent être organisées séparément.

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

Dans la mesure où, de plus, le bouclier sanitaire est utilisé pour justifier le maintien du déficit, il est doublement inacceptable.

Le montant de la franchise

La solution définie ici diminue de près de moitié la charge moyenne à la fin de la courbe. Il est très possible que cela suffise à résoudre le problème des budgets modestes. A tout le moins, ça le réduit fortement. Si on estime, après examen, qu'il faut faire quelque chose de

plus, la franchise qui, on l'a vu, n'a pas créé le problème, en donne la solution : il suffira de créer pour ces personnes qui ne relèvent pas de la gratuité totale - réservée aux plus pauvres, c'est-à-dire aux CMUistes - une franchise spécifique, plus basse que la franchise générale. **C'est une formule qui peut être mise en place très vite alors que le bouclier sanitaire, infiniment plus compliqué à gérer, ne peut pas l'être.**

C'est une formule limitée pour un problème limité, qui ne justifie pas que l'on mette à bas un système redistributif admis, rodé et efficace.

Une franchise par tête pénalise les familles nombreuses. La façon la plus simple de résoudre ce problème est de plafonner à, par exemple, quatre fois le taux de base la franchise globale. On peut estimer devoir faire plus : plafonner à trois fois ou exclure complètement les enfants du jeu de la franchise, ou toute autre mesure intermédiaire. L'avantage et le coût de toutes les solutions devront être estimés.

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

Vraies et fausses solutions

En désespoir de cause, on se propose d'augmenter les subventions à l'assurance complémentaire, censée être plus apte à gommer certaines aspérités. C'est encore une mesure qui coûte, le déplacement d'une ligne budgétaire n'ayant jamais créé une ressource. La tendance, depuis plusieurs années, est d'incorporer l'assurance complémentaire au dispositif public. C'est une erreur grave de jugement. Nul n'a intérêt à ce que l'assurance complémentaire sorte de son rôle, ni l'assureur public qui doit assumer toutes ses responsabilités, ni les assureurs complémentaires qui y perdraient rapidement leur liberté et qui n'ont nullement besoin de subventions.

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

Transfert ou pas à l'assurance complémentaire

La solution proposée ne revient pas automatiquement à un transfert de charge vers l'assurance complémentaire. On a observé depuis longtemps que chaque fois que se présente une situation où il y a autant de bénéficiaires que de cotisants, ce qui est le cas de la tranche basse des dépenses de l'assurance maladie, et où donc la cotisation s'établit au niveau de la prestation attendue, on assiste à un fort accroissement spontané de l'auto assurance. On ne peut pas préjuger de l'ampleur de ce mouvement, mais il se produira. Dans le cas des contrats collectifs, employeurs et salariés redéfiniront des besoins qui apparaîtront de façon nouvelle. On s'apercevra alors que l'assurance complémentaire est moins désirable et que le salaire direct peut être accru. Les assureurs complémentaires eux-mêmes ne chercheront pas à occuper la totalité du terrain mais seulement cette partie où ils seront le mieux à même de rendre des services rémunérés. Tout ceci à condition bien entendu que le champ de ces discussions soit libre et que les pouvoirs publics admettent l'idée - actuellement mise à mal - que l'assurance complémentaire ne relève pas de la décision publique. En calant l'assurance publique qui est l'élément directeur, sur la réalité du risque, on permettra la rationalisation de

toute la chaîne organisationnelle. **Insistons sur ce point : ce qui augmentera, c'est l'auto assurance.**

LA REEVALUATION DU ROLE DE L'ASSURANCE

Le choix de la franchise de base unique reviendra à concentrer l'assurance publique sur le risque intermédiaire et le grand risque et à faire de l'assuré, aidé ou non par l'assurance complémentaire, le responsable de sa consommation courante de soins. On rejoint ici le rapport Pébereau sur la dette qui recommandait de «concentrer les prestations sur les risques et les situations jugés essentiels», concentration que le bouclier sanitaire ne réalise pas.

En volume, la charge résiduelle n'augmentera pas beaucoup, on l'a vu, mais concentrée sur les premières dépenses, elle deviendra plus apparente. **Contrairement à une opinion très répandue, cela n'aura pas pour effet de peser sur le volume total de la dépense.** Il faudrait pour cela que la consommation actuelle de soins soit réellement excessive, en tout cas plus excessive que les autres consommations, ce qui est loin d'être démontré. C'est d'ailleurs parce qu'elle n'est pas réellement excessive que tous les efforts faits pour la contenir échouent. Le plus probable est que, libérée des contraintes qui pèsent actuellement sur elle et renvoyée au libre choix des individus qui, bien légitimement, valorisent ce bien considéré comme supérieur, elle se développera plus vite qu'elle ne le fait.

A condition de mettre en place, quand ce sera nécessaire, des mécanismes adaptés pour les budgets modestes, il n'y a donc aucune raison de penser que l'arbitrage des consommations se fera au détriment de celle de soins.

La libération de la consommation, si désirable soit-elle, n'est cependant qu'un sous-produit. **L'objectif premier reste de libérer l'assurance publique d'un poids inutile afin de concentrer les prestations sur ce qui est véritablement le risque.**

Les assurés connaissent mieux le problème qu'on ne fait semblant de le penser. Ils souhaitent avant tout être certains de pouvoir bénéficier, au moment où c'est nécessaire, de soins de qualité et d'une couverture efficace. Même si ce n'est pas ce que l'on veut, l'entassement de mesures d'économie porte atteinte et à la qualité des soins et à celle de la protection. C'est le corollaire inévitable de l'éparpillement des prestations et c'est à cet éparpillement qu'il faut mettre fin.

Le pas est difficile à franchir, car si on veut bien «responsabiliser» l'assuré, on veut aussi que la charge qu'il supporte soit aussi peu visible que possible. Ce n'est qu'une des nombreuses ambiguïtés de notre politique dont il faudra bien sortir un jour.

Il est d'autant plus nécessaire d'habituer l'assuré à gérer un budget de soins que le coût du grand risque ne peut, dans un avenir prévisible, que continuer à croître et que donc, le niveau de la franchise devra être relevé régulièrement. On ne nie pas qu'il y ait là un véritable changement de mentalité à obtenir, comparable peut-être à ce qui a été fait au moment où on a pris la décision de libérer l'essentiel des loyers. Mais ce qui a été fait dans un cas peut l'être dans l'autre. On rencontrera la limite de cette politique quand il sera nécessaire d'augmenter trop le nombre des bénéficiaires de la franchise basse créée pour les budgets modestes. A ce moment-là, mais à ce moment-là seulement, il faudra augmenter les cotisations.

Le choix est donc essentiellement d'ordre social et suppose que l'on prenne clairement parti sur ce que l'on attend de l'assurance ou plus exactement que l'on accepte de prendre conscience de ce **qu'on peut en attendre**, qui est dicté par la structure du risque lui-même.

Il a aussi un fondement technique, plus aisément perceptible peut-être par ceux qui ont l'habitude de la mutualisation des risques, mais qui néanmoins se comprend facilement : On l'a dit ci-dessus, il ne sert à rien d'essayer d'assurer des risques ou des zones de risque où il y a autant de bénéficiaires que de cotisants. Cette partie du risque n'est pas mutualisable, car la cotisation y est d'un montant équivalent à celui de la prestation espérée. **Assurer la tranche basse des dépenses, c'est une opération blanche en termes de bénéfice social, mais extrêmement coûteuse en termes de budget. L'assurance publique s'y épuise inutilement.**

Il y a longtemps en réalité, que l'on sait qu'il faut renoncer à assurer le petit risque, mais on butait sur la difficulté qu'il y a à lui donner une définition en termes médicaux. On ne peut en effet jamais préjuger de la gravité d'une affection. Cette difficulté est levée si, en termes assurantiels, on parle de tranches de dépenses. Le langage technique est comme toujours un peu plus élaboré, mais fondamentalement il dit la même chose que le bon sens.

La mise en œuvre

La franchise est une méthode de partage du risque, plutôt plus équitable que les autres, on l'a vu, car beaucoup plus apte à égaliser la charge du risque. Elle a toujours été, et bien maladroitement, présentée comme un moyen de peser sur la dépense. Cette approche, adoptée parce qu'il fallait bien trouver une raison à un interventionnisme étendu, a fait beaucoup de mal. Elle a décrédibilisé et même diabolisé la formule. On le voit bien à l'opposition que suscite le projet de franchises partielles du gouvernement. On le voit aussi à ce qu'il a, à son tour, suscité le programme bien mal pensé et très contreproductif du bouclier sanitaire.

La lecture des publications officielles montre qu'on s'oriente délibérément vers un nouveau bras de fer avec les médecins. Les temps à venir pourraient être mieux employés. La politique de maîtrise de la dépense a elle-même besoin d'être rénovée. Plus résolument orientée vers le grand risque qui est le seul problème important de la prochaine décennie, modernisée dans ses méthodes, faisant plus largement appel à la compétition et à la concurrence, appuyée sur l'analyse de la qualité performance de chacun des acteurs, elle peut être d'une efficacité bien supérieure. Mais il est une chose qu'il faut cesser de lui demander car elle ne peut l'obtenir, c'est l'équilibre annuel des comptes. En présence d'un système d'assurance boiteux, incapable de répartir efficacement le risque entre les assurés, celui-ci est inaccessible. Le chantier ouvert pour la réévaluation de l'assurance maladie est donc plus important qu'on ne le croit et sa pièce maîtresse, la réforme du système d'assurance, est précisément celle que l'on n'évoque jamais.

Le candidat à la Présidence de la République disait avec raison que les demi-mesures coûtent aussi cher en politique que les véritables réformes. C'est bien ce qui est en train de se passer. Le projet actuel est à la fois impopulaire et insuffisant. Il vaudrait mieux y renoncer et prendre le temps de discuter et de mettre en place la nécessaire révision du système d'assurance. Il resterait à savoir pourquoi le sujet paraît tellement tabou aux experts publics qu'ils se refusent même à l'évoquer.

Décembre 2007