

LE SYSTÈME

Protection sociale et charges sociales : pour un changement radical du système !

par Claude BÉBÉAR

Conçu pour l'essentiel, il y a une cinquantaine d'années, notre système de protection sociale ne répond plus aux défis économiques et sociaux de cette fin de siècle. Les cotisations assises sur le travail accumulent les charges sociales sur les bas salaires. Dans les secteurs à faible valeur ajoutée, ce mode de financement détruit l'emploi et engendre le chômage de longue durée. Les partenaires sociaux s'avèrent incapables d'assumer leurs responsabilités de gestion. La démocratie sociale, fondement du système, est un mythe; les dernières élections pour désigner les représentants des assurés sociaux dans les organismes de gestion remontent à 1983! Et il n'est pas rare que le parasitisme s'installe sous le couvert du paritarisme!

Évoluons-nous vers une situation « d'insécurité sociale », certains l'évoquent (1) en observant, par exemple, que plusieurs centaines de milliers de personnes, souvent des jeunes, restent exclues du système de couverture sociale. Il est difficile de mesurer l'évolution du système sur ses bases actuelles car, comme l'analyse avec pertinence Pierre Rosanvallon (2), « la Sécurité sociale forme désormais un vaste système polymorphe aux frontières floues et aux financements complexes dans lequel se mêlent toujours inextricablement cotisations, emprunts, subventions, transferts de toute nature ».

Si pendant les trente glorieuses, la croissance et la démographie ont masqué les effets pervers de l'application de principes généreux, il n'en est plus de même aujourd'hui.

De facto, la protection sociale repose à la fois sur la solidarité et sur la technique de l'assurance et elle doit le rester.

Mais le système actuel est tellement confus que l'on ne sait plus ce qui est solidarité et ce qui est assurance. Et c'est ainsi que l'on drape, dans le manteau vertueux

de la solidarité, des coûts qui ne sont engendrés que par le non respect des règles élémentaires de l'assurance.

Il est donc nécessaire, pour y voir clair, de se reposer quelques questions élémentaires.

La protection sociale recouvre quatre domaines bien distincts :

- l'aide aux familles ;
- la retraite ;
- l'assurance maladie et les accidents du travail ;
- le chômage.

Aujourd'hui, l'essentiel des cotisations sur lesquelles repose cette protection sociale est mis à la charge des actifs, soit directement par prélèvement sur le revenu de leur travail, soit indirectement par les « cotisations patronales ».

Ne devons-nous pas aller vers la suppression totale de la quasi-totalité des cotisations sociales basées sur le travail donc sur les salaires et donner aux salariés le salaire réel auquel ils ont droit, c'est-à-dire, leur salaire actuel majoré des cotisations sociales (part salariale et part de l'entreprise)? Nous allons voir ensuite comment financer la protection sociale.

Pour l'aide aux familles, ceci est maintenant reconnu et la charge en est progressivement transférée à la collectivité.

DE LA RETRAITE

Notre système actuel (que ce soit le régime général ou les régimes particuliers, les régimes ARCCO et AGIRC) fonctionne selon le système dit de la réparti-

(1) Béatrice MAJNONI d'INTIGNANO, « L'insécurité sociale » - commentaire (69) - Printemps 1995.

(2) Pierre ROSANVALLON « La nouvelle question sociale - Repenser l'État Providence » - Seuil (1995).

tion, c'est-à-dire qu'il organise une solidarité entre les générations: chaque actif paie une cotisation qui permet de servir une pension aux retraités actuels et il compte sur les cotisations que voudront bien payer les générations suivantes pour lui servir en temps voulu sa propre retraite. En d'autres termes, nous payons pour nos ascendants et espérons que nos descendants paieront pour nous.

Pourquoi mettre cette solidarité intergénérationnelle à la seule charge des revenus du travail?

Pourquoi ne pas envisager que les retraites de base par répartition, obligatoires, y compris les retraites dites complémentaires, soient remplacées par une *retraite universelle* financée par une *cotisation sociale individuelle assise sur l'ensemble des revenus*, alimentant un fonds national de solidarité retraite contrôlé par le Parlement? Le montant de la pension dont bénéficierait un citoyen, au titre de la retraite universelle, serait fonction de sa contribution personnelle à la génération précédente. Le Gouvernement pourrait bien entendu arrêter en fonction des circonstances, des politiques ciblées pour exprimer au mieux la solidarité nationale et l'utilisation de ce fonds.

Cette retraite universelle traduirait concrètement les exigences de la solidarité nationale, indépendamment de l'appartenance d'un citoyen à une corporation particulière, qu'il soit employé, cadre, fonctionnaire, agent de l'EdF...

Bien entendu, la retraite universelle pourrait et devrait être complétée par d'autres formes de pension reposant sur des mécanismes différents de celui de la solidarité intergénérationnelle.

Pour fixer les idées, ce régime de retraite universelle, financé par des cotisations individuelles (de nature fiscale) assises sur l'ensemble des revenus, recouperait, pour reprendre la terminologie des comptes de la Sécurité sociale, l'ensemble des régimes obligatoires de Sécurité sociale (régime général, régimes spéciaux, régimes des salariés non agricoles, régimes agricoles, régimes de retraites complémentaires) et les régimes d'assurance sociale qui regroupent l'État et les employeurs publics SNCF, RATP, EdF...

Sur la base des comptes de 1993, les versements retraites relevant de l'ensemble de ces régimes s'élèvent à 856 milliards.

En première approximation pour assurer l'équilibre financier de la retraite universelle, le montant des prélèvements sur l'ensemble des revenus devrait être de l'ordre de 21% (3). Mais si l'on fixait à 60 ou 65 ans l'âge limite d'assujettissement à la contribution retraite, le taux serait plus important.

On pourrait d'ailleurs débattre de savoir si cette contribution ne devrait pas être récurrente, c'est-à-dire, s'appliquer avec un taux modulé, aux retraités eux-mêmes. La solidarité intergénérationnelle serait complétée par une solidarité intragénérationnelle, les retraités

disposant de revenus élevés contribuant à la retraite universelle de tous les autres.

Il faudrait aussi se poser la question des limites que ne doit pas dépasser cette solidarité entre les générations. Lorsqu'un cadre cotise en pourcentage d'un revenu élevé, il attend que ses descendants lui servent une retraite importante. Il présuppose ainsi qu'il existera forcément dans le futur des salaires élevés capables de supporter la charge que constituera alors sa retraite. Curieux système économique qui consiste à transmettre à ses enfants non des avoirs mais des dettes! Il paraîtrait plus logique et économiquement plus sain, qu'au delà d'un revenu moyen justifiant un niveau de retraite qui permet de vivre décemment, chacun constitue sa propre épargne qui lui procurera la retraite complémentaire qu'il souhaite.

Mais redisons le: que ce soit la retraite de solidarité intergénérationnelle ou que ce soit l'épargne pour une retraite complémentaire, le financement n'a pas de raison d'être supporté par les seuls revenus du travail: CSG pour la solidarité, initiative personnelle pour la retraite complémentaire s'imposent naturellement. Il ne devrait plus exister, pour les entreprises, de charges sociales de retraite.

QU'EN EST-IL DU CHÔMAGE ?

Le *chômage non conjoncturel*, c'est-à-dire, par exemple le chômage d'une durée supérieure à six mois ne relève pas de l'assurance, car il a hélas trop souvent un caractère déterministe et ne sera pas résorbé par le simple retour de la croissance. Il relève de la solidarité. Observons que ceci est admis implicitement depuis une dizaine d'années puisque les fonctionnaires pour lequel le risque chômage est nul financent l'assurance chômage actuelle au titre d'une contribution exceptionnelle de 1% de solidarité en faveur des travailleurs privés d'emploi.

Relevant clairement de la solidarité, le chômage de longue durée doit être financé par une contribution individuelle assise sur l'ensemble des revenus. Pour fixer les idées, sur la base des indemnités UNEDIC actuelles de 110 milliards, en formulant l'hypothèse que le chômage supérieur à six mois correspond aux 2/3 des indemnités, cela représenterait une cotisation de l'ordre de 1,8% de l'ensemble des revenus (au sens CSG).

Le *chômage conjoncturel* relève en revanche de l'assurance de l'entreprise. Par cette assurance obligatoire, l'entreprise couvre le risque chômage de chacun de ses employés. Un cahier des charges arrêté par la puissance publique pourrait fixer pour ce risque les plannings minima d'indemnités exprimés en pourcentage d'un dernier salaire, la prise en compte de certaines assurances sociales individuelles, la maladie par exemple...

Ce marché devrait-il être ouvert à la concurrence des opérateurs d'assurances? Pourquoi pas?

Des opérateurs d'assurances inciteraient efficacement les entreprises à arbitrer en faveur de l'emploi en prenant en compte pour le calcul des cotisations, un rapport du type: chiffre d'affaires/masse salariale, tel qu'à chiffre d'affaires constant, la cotisation augmenterait si la masse salariale diminuait. La cotisation pourrait être également modulée en fonction de la politique de l'en-

(3) Raymond SOUBIE, « Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie » - La Documentation Française 1994.

treprise dans le domaine de l'aménagement du temps de travail: temps choisi, emploi à vie... bref l'assureur serait très motivé pour inciter l'entreprise à arbitrer en faveur de l'emploi. Faisons confiance au marché pour imaginer sous l'aiguillon de la concurrence, de telles incitations.

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Les accidents du travail, pour leur part, relèvent entièrement de la technique de l'assurance et doivent rester à la charge de l'entreprise. Mais pourquoi la couverture de ce risque ne serait-elle pas soumise à un régime concurrentiel? De ce point de vue, l'exemple belge est intéressant. En effet, en Belgique bien que relevant de la Sécurité sociale, l'assurance accidents du travail a été confiée à des assureurs privés, compagnies d'assurances ou mutuelles. Une loi votée en 1971 fixe les dispositions que doivent respecter les opérateurs d'assurance, notamment:

— l'obligation par l'employeur de contracter une assurance contre les accidents du travail,

— l'unicité de l'assurance: l'employeur est tenu d'assurer tous les travailleurs de son entreprise pour tous les risques qui y sont encourus.

La mise en concurrence des opérateurs d'assurance sur le marché des accidents du travail conduirait à moduler, plus qu'aujourd'hui, les cotisations en fonction du comportement de l'entreprise qui serait ainsi fortement motivée à mettre l'accent sur la prévention, afin de diminuer la fréquence des accidents et les charges qu'elle supporte.

LA COUVERTURE DES RISQUES DE SANTÉ

La couverture de ces risques, par l'ampleur des sommes mises en jeu, par le nombre des acteurs communs, par la charge émotionnelle... et politique qu'elle comporte, est plus délicate à traiter.

Il existe une composante indiscutable de solidarité, laquelle se mêle à une technique de couverture qui relève de l'assurance. Mais là encore, pourquoi faire intervenir l'entreprise? Pourquoi ne pas traiter par la CSG ce qui relève de la solidarité et par des organismes mis en concurrence ce qui relève de l'assurance?

Comme l'a souligné le rapport du Haut Comité de Santé Publique (4), si en moyenne la santé est bonne en France, avec une espérance de vie qui est l'une des meilleures du monde, d'importantes disparités persistent entre régions, entre hommes et femmes; elles s'accroissent entre catégories sociales favorisées et défavorisées. Enfin, la crise économique fait émerger des groupes fragilisés dont l'accès aux soins et à la prévention

est limité par la faiblesse des revenus, le décalage culturel et la complexité du système (5). Nous nous situons au deuxième ou troisième rang mondial pour les dépenses de santé avec 9,5 % du PIB alors que nous sommes au milieu du tableau pour les différents indicateurs de qualité définis par l'OCDE. Cet organisme souligne que les pays dont les dépenses de santé se situent à un niveau relativement élevé n'obtiennent pas, de manière générale, des résultats nettement meilleurs que ceux dont le niveau de dépenses est plus bas (6).

Rien ne s'oppose donc à ce que l'on repense entièrement notre système. Voici une solution qui mérite d'être considérée.

Il s'agirait d'offrir une couverture santé de base, viagère, universelle, c'est-à-dire, obligatoire pour tous les résidents de notre pays. Comment? Tous les ménages ou individus isolés s'assurent auprès de «l'Institution d'Assurance Santé» de leur choix, à titre individuel ou à travers un groupe (entreprises, associations,...) et s'acquittent de leur cotisation d'assurance auprès de cette institution. Les institutions d'assurance santé feraient l'objet d'un agrément par les pouvoirs publics, mais seraient mises en concurrence. Citons :

— les caisses primaires d'assurance maladie actuelles,

— les mutuelles dites 45,

— les sociétés d'assurance qui opèrent déjà sur le marché de la santé, principalement au titre des assurances complémentaires (7),

— d'autres institutions qui pourraient voir le jour, par exemple, à partir du mouvement associatif et de l'économie sociale.

La nature de l'assurance santé universelle de base serait arrêtée par les pouvoirs publics qui en définissent le champ. Chacun peut décider de s'assurer au-delà de la couverture universelle. Il faudrait aussi obliger à une garantie viagère pour éviter que des personnes âgées soient un jour, par imprévoyance, à la charge de la collectivité.

Pour l'assurance santé universelle de base, toutes les institutions d'assurance auraient à respecter un cahier des charges arrêté par les pouvoirs publics. Un centre national de l'assurance maladie gèrerait l'évolution de ce cahier des charges, veillerait à son respect, évaluerait la qualité des soins dispensés et informerait les citoyens. Quels pourraient être les éléments essentiels que devraient respecter les institutions d'assurance? :

• l'obligation d'assurer, c'est-à-dire, pas d'exclusion. L'obligation d'assurer devrait être viagère avec une cotisation d'assurance qui continuerait d'être payée après la cessation d'activité sauf si elle a été majorée auparavant pour que l'institution d'assurance ait reçu

(4) Haut comité de santé publique - Stratégie pour une politique de santé - ENSP (décembre 1992).

(5) J.F. GIRARD et G. NICOLAS - À propos du rapport sur la santé en France - Les Enjeux de la Régulation mars 1995.

(6) Martland MACFARLAND - La réforme du secteur santé - L'Observateur de l'OCDE no 192 (février 1995).

(7) Denis KESSLER - L'assurance complémentaire maladie - Rapport SOUBIE cf (6).

par avance les sommes nécessaires pour couvrir le risque pendant le temps de la retraite ;

- pour susciter la concurrence, la liberté de tarification de la couverture de base obligatoire serait laissée à chaque institution d'assurance santé ;

- l'incitation à la prévention et au respect d'une bonne hygiène de vie ;

- la non sélection des risques. Pour la couverture de base et pour les risques particulièrement lourds, les institutions d'assurance constitueraient entre elles un pool auquel elles cotiseraient et qui prendrait en charge ces risques.

Il va de soi qu'un système de garantie devrait être mis en place pour protéger l'assuré si l'institution qui le couvre venait à disparaître.

Dans un tel schéma, la solidarité se traduirait par la prise en charge par la collectivité de tout ou partie des primes d'assurance maladie pour des catégories de personnes arrêtées par les pouvoirs publics. Dans le cas général, ces personnes s'assureraient auprès de l'institution d'assurance de leur choix, la prise en charge étant alignée sur le tarif pratiqué par la compagnie choisie. Seraient concernés, par exemple :

- les ménages à faibles revenus, actifs comme retraités ;

- tous ceux qui aujourd'hui bénéficient de l'aide médicale gratuite ;

- les chômeurs de longue durée ;

- les jeunes à charge pour lesquels un forfait d'assurance santé serait attribué aux parents. Ce forfait pourrait être inclus dans les allocations familiales. Ainsi les familles nombreuses ne seraient pas pénalisées.

Quelques avantages d'un tel schéma :

- *l'obligation impérative d'assurance maladie pour les résidents, l'assurance maladie universelle, élimine tout risque d'exclusion et règle le problème des « passagers clandestins », c'est-à-dire, de ceux qui choisissent de ne pas s'assurer parce qu'il existe des soins gratuits pour les non assurés ;*

- *tous les assurés maladie ont le libre choix de leurs institutions d'assurance, y compris ceux dont la couverture est prise en charge totalement ou partiellement au titre de la solidarité. Le libre choix et l'obligation d'assurer éliminent tout risque de confiner certaines catégories sociales défavorisées au sein de certaines institutions, ce qui serait contraire à la dignité humaine élémentaire et aux valeurs de notre République ;*

- *il n'y a pas de sélection de risque et l'obligation viagère d'assurance évite qu'un jour certaines personnes âgées se trouvent à la charge de la collectivité ;*

- on peut influencer sur le comportement de nos concitoyens face à la consommation médicale ;

- on encourage la prévention par les organismes assureurs car tel est leur intérêt.

Aujourd'hui, la concurrence est absente de notre système de couverture publique du risque maladie et c'est dommage. Certes la santé n'est pas un marché mais l'assurance maladie en est un. Le schéma proposé organise la concurrence entre des organismes très différents et historiquement parfois antagonistes, ce qui élimine le risque d'entente et de constitution de cartels, comme cela s'est produit dans certains pays. Il s'agit d'encourager une concurrence « rigoureuse » parmi les prestataires de soins et les institutions d'assurance afin d'apporter par l'assurance maladie universelle le meilleur service au meilleur coût. Comme le soulignent des études récentes, ceux qui dispensent les soins et les assureurs maladie ne devraient voir augmenter leurs bénéfices que lorsqu'ils réalisent des progrès qui offrent sur le plan médical un bon rapport qualité-prix (8).

Cette concurrence sera bénéfique et permettra de trouver un optimum entre dépenses de santé et qualité des soins dispensés. Que l'on ne diabolise pas les sociétés d'assurance dans cette affaire ; car dans un tel schéma, elles partent avec un handicap considérable ! Que l'on songe au potentiel des grandes mutuelles qui gèrent déjà la Sécurité sociale par délégation et à celui des caisses de Sécurité sociale pour peu qu'elles se dynamisent ! D'autant qu'elles prendraient pied sur le marché de l'assurance maladie complémentaire.

L'arbitrage pour l'assuré social se fera, soit individuellement, soit à travers un groupe, en fonction du montant de la prime mais aussi par référence à la qualité des soins dispensés et, d'une façon plus globale, sur la nature de la chaîne de soins auquel il accèdera grâce à son institution d'assurance maladie.

Cela amènera ces dernières à négocier des conventions avec les prestataires de soins (médecins, cliniques, hôpitaux, pharmaciens, ...).

Cela conduira à mieux articuler notre chaîne de soins qui n'est coordonnée aujourd'hui par personne. Ce que des règlements tentent de faire avec le succès que l'on sait, la concurrence le réalisera. En particulier dans une telle perspective, les hôpitaux deviendront de véritables entités indépendantes, viables, sanitaires et économiquement. L'hôpital joue un rôle fondamental et la faiblesse de son management a des conséquences considérables aussi bien sur les plans financiers et humains que sur ceux de la qualité de soins et de la santé publique (9). L'irresponsabilité financière qui existe aujourd'hui dans notre chaîne de soins engendre des surcoûts considérables qui seraient ainsi supprimés.

Comme l'évoque Jean de Kervasdoué (10), les institutions d'assurances santé pourraient imaginer de nombreuses formules qui aujourd'hui relèvent du tabou :

(8) Elisabeth OLMSTED - Marketing competition in health care work - Harvard Business Review (July 1994).

(9) Marianne BINZ - Apport des expériences internationales sans la prise en compte des spécificités françaises - Les Enjeux de la Régulation - mars 1995.

(10) Jean de KERVASDOUE - L'Assurance santé complémentaire, le piège et comment en sortir - Risques 21 (1995).

— limiter l'accès direct à certaines spécialités et ouvrir la possibilité d'un financement partiel à la capitation pour les médecins qui le souhaitent ;

— gérer les risques, c'est-à-dire, faire accepter par la profession médicale un autocontrôle des prescriptions en fonction des critères de qualité avec en contrepartie une revalorisation notable des actes médicaux de base ;

— conclure des conventions avec l'industrie pharmaceutique et biomédicale etc.

Comment se répartiraient les coûts entre la solidarité et l'assurance ?

Selon des données de la caisse nationale d'assurance maladie, la solidarité représenterait de l'ordre de 50 milliards de francs, sans la prise en compte des enfants à charge ; ces données mériteraient d'être analysées plus finement car elles incluent des compensations entre régimes, des coûts de formations universitaires et de missions de recherche dans les CHU.

Le remboursement moyen annuel de soins de santé pour les enfants de la naissance à 19 ans peut être estimé à environ 60 milliards de francs, à partir des éléments de base fournis par la Sécurité sociale (11). On peut évaluer ainsi l'ordre de grandeur du coût de la solidarité à 100 milliards de francs. Rapproché du remboursement total au titre de l'assurance maladie dont l'ordre de grandeur est de 500 milliards pour 1993, on arrive à 80 % pour l'assurance et à 20 % pour la solidarité.

Pour le financement de la solidarité, on peut envisager deux pistes :

— une contribution solidarité maladie assise sur l'ensemble des revenus. Par exemple, sur les bases de la

CSG actuelle, cela représenterait de l'ordre de 2,5 points ;

— un pool de solidarité constitué par les institutions maladie, financé par une cotisation complémentaire de solidarité égale à 25 % de la cotisation normale payée par les assurés ;

— quant à la part assurance de 400 milliards répartie sur 22 millions de ménages, elle conduirait, sur la base des frais actuellement remboursés, à des cotisations approximatives par ménage de l'ordre de 1 500 francs par mois. Ceci doit être apprécié en se rappelant que dorénavant les salariés, en particulier, percevraient un salaire réel nettement supérieur au salaire actuel puisqu'ils ne supporteraient plus de charges sociales ouvrières et que les charges patronales seraient fortement diminuées.

*

* *

Dans le système ainsi décrit, les entreprises n'auraient plus, comme charges sociales, que celles qui les concernent réellement : les accidents du travail et le chômage conjoncturel. Le coût du travail serait ainsi très voisin du coût des salaires payés. Et chacun serait responsable.

La solidarité serait clairement séparée de l'assurance et il appartiendrait à l'État de définir comment il la répartirait entre les citoyens. L'assurance serait assumée par les assurés eux-mêmes qui seraient ainsi responsabilisés dans leur choix et dans leur comportement.

Est-ce irréalisable ? Certes, nous sommes parmi les plus conservateurs du monde et notre pays est d'instinct plus enclin à poursuivre ses erreurs existantes qu'à se lancer dans des expériences novatrices. Nos systèmes de Sécurité sociale et de retraite sont nés après la dernière guerre. Ils ont eu d'immenses mérites mais ils sont aujourd'hui à bout de souffle. Espérons qu'il ne sera pas nécessaire de connaître une nouvelle guerre mondiale ou une révolution pour mettre sur pied une protection sociale efficace.

(11) Bloc note statistique : qui consomme quoi ? no 74 - CNAM (mars 1993).