

Vers une nouvelle Assurance Maladie ?

Claude Bébéar

Président du Conseil de Surveillance du Groupe AXA

Président de l'Institut Montaigne

« Ce système ne devait être qu'un premier pas pour une population trop fruste économiquement pour comprendre que chacun doit cotiser contre la maladie et le chômage et pour sa retraite. Aussi ai-je d'abord obligé les patrons à assurer les inscriptions et la plus grande partie des cotisations. Puis les modalités auraient dû basculer progressivement au cours des décennies jusqu'à ce que chacun assume en totalité ses responsabilités en cotisant comme il veut et quand il veut à une caisse centrale d'Etat par exemple, sans que les patrons ne prélèvent plus rien des salaires, paies ou mêmes soldes pour les militaires, et n'assument que ce qui leur revient de toute façon : les assurances contre les accidents du travail. Ainsi n'aurait-on plus à discuter indéfiniment de la nature des activités de chacun ni de l'inclusion des primes ou indemnité dans la retraite, etc. Naturellement, les chômeurs doivent être toujours secourus par l'Etat et les sommes versées par chacun pour sa sécurité doivent-elles être intégralement défiscalisées puisqu'elles ne sont pas des revenus disponibles » Général de Gaulle - (Extrait de Philippe de Gaulle – Mémoires accessoires (2000))

Il y a dix ans, alors qu'AXA venait de fusionner avec l'UAP, et compte tenu de la situation de l'Assurance Maladie, je lançais l'idée d'une « Sécurité Sociale privée ». L'expression fit grand bruit. Dans mon esprit, il s'agissait d'ouvrir la gestion de l'assurance maladie obligatoire aux institutions privées ou parapubliques et non bien évidemment de la suppression de la Sécurité Sociale.

Le sujet est toujours d'actualité mais la situation s'est aggravée ! La Sécurité Sociale est progressivement devenue un véritable organisme public directement gouverné par l'Etat qui est à la fois l'initiateur des règles, l'organisateur de l'offre de soins, le financeur de cette offre et l'assureur de la demande. Son déficit va croissant même si les remboursements sont moins généreux et la qualité des soins diminue. Elle paraît aujourd'hui totalement incapable de relever les défis auxquels notre système de santé est confronté : progrès scientifiques et techniques, vieillissement de la population, etc ...

Il faut être conscient que les dépenses de santé augmentent et continueront à évoluer plus vite que le PIB (plus de 11% du PIB aujourd'hui, 15% dans les 10 ans à venir). C'est inéluctable et dû à l'allongement de la durée de la vie, aux progrès techniques, au fait que les français – et c'est normal – veulent se soigner pour se maintenir en bonne santé.

Comment fonctionne l'assurance-santé aujourd'hui ?

La Sécurité Sociale définit ce qui est remboursé et ce qui ne l'est pas. Depuis la loi du 27 juillet 1999 instaurant la Couverture Maladie Universelle, l'accès à l'assurance maladie repose sur la résidence et non plus sur l'exercice d'une activité professionnelle. Une grande part du financement repose sur la masse salariale des entreprises. Outre la C.S.G. qu'ils paient directement, peu de salariés sont conscients de ce que leur contribution à l'assurance maladie représente annuellement plus de deux mois de salaire. Et ils ne savent pas ce qui, dans leur contribution, est le coût de leur risque propre et ce qu'est une cotisation de solidarité.

C'est la Caisse Nationale d'Assurance Maladie qui paie les médecins, l'hôpital, les médicaments. Elle le fait sans vraiment contrôler si les soins sont justifiés. On ne peut pas dire qu'elle gère le risque maladie. Il suffit d'observer les péripéties du Dossier Médical Personnel et Partagé, la répartition anarchique des médecins sur le territoire, la paupérisation de nos hôpitaux publics et enfin, ce qui paraît le plus grave, l'absence totale d'évaluation a posteriori permettant à l'ensemble de nos concitoyens de bénéficier d'informations sur la qualité des soins dispensés.

On voit clairement depuis quelques années au fil des « réformes » mises en place à quel point l'Assurance Maladie Obligatoire échappe aujourd'hui à tout contrôle. Les réformes ont essentiellement consisté à accompagner la dérive des coûts par une hausse des prélèvements et une baisse des remboursements sans remise en cause de la structure du système mis en place. Quant aux assurances complémentaires qui couvrent tout ou partie de ce qui n'est pas pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire elles se contentent généralement de suivre aveuglément les décisions de la Sécurité Sociale.

Notre système actuel est manifestement à bout de souffle. Nous ne pouvons répondre aux défis de l'avenir qu'en changeant de paradigme.

Essayons tout d'abord de mieux cerner le risque maladie des français. Jacqueline Simon dans une excellente étude publiée récemment dans la revue « Commentaires » analyse les dépenses de santé. Elle classe les personnes protégées par groupes représentant 5% de la population, en allant de ceux qui dépensent le moins à ceux qui dépensent le plus, soit 20 groupes au total.

Dans les 3 premiers groupes, la dépense est nulle ou insignifiante. Dans le 10^{ème} groupe, elle est de 529 € par personne et par an. Ainsi pour 50% de la population, la dépense annuelle moyenne des soins n'excède pas 530 €. Dans le 17^{ème} groupe, la dépense moyenne est de 1 717 €. Dans le dernier groupe réunissant les derniers 5% de la population, elle est de 21 687 €.

Selon Jacqueline Simon, seulement 1 à 2% de la population représentent le « grand risque » avec des dépenses moyennes annuelles de l'ordre de 82.000 €.

Le risque maladie est donc bien distribué, il évolue lentement et régulièrement, et n'est jamais très élevé. Il n'est donc pas difficile à assurer. Il y a dans le domaine de l'assurance des risques autrement difficiles et qui s'assurent ! ... C'est pourquoi nous pensons, à l'Institut Montaigne qu'il y a des solutions.

Elles ont pour postulat de départ que ces dépenses contribuent à la croissance, c'est-à-dire à la création de richesses et d'emplois, et même qu'elles en seront demain un facteur essentiel.

Qu'elles sont à la source des progrès scientifiques et technologiques : systèmes d'information, imagerie, instrumentation biomédicale ou biotechnologique. Et qu'elles sont également facteur d'amélioration de la qualité de vie de nos concitoyens.

Et si on adopte ce point de vue, il faut se donner l'organisation et les moyens pour répondre à cette demande croissante de soins. C'est pourquoi dans le cadre de l'Institut Montaigne, nous élaborons de nombreuses propositions concernant les principes sur lesquels devrait reposer le nouveau système d'Assurance Maladie.

Les propositions que nous faisons concernent tous les acteurs de la santé : Etat, malades et non malades, tous les prestataires de soins : hôpitaux, cliniques, médecins, infirmiers ... et toutes les institutions qui travaillent aujourd'hui dans le secteur de la santé : mutuelles, caisses d'assurance maladie, compagnies d'assurance, ... Elles concernent également le financement de ces dépenses.

Pour avoir une chance de sauver les principes auxquels les français sont attachés : couverture maladie pour tous, solidarité et grande qualité de soins, les mesures proposées doivent être politiquement acceptables, efficaces et pragmatiques.

Que faire ? I – Rôle de chacun

I – 1 – L'Etat

La santé fait aujourd'hui partie des fonctions régaliennes de l'Etat. Son rôle est primordial. Il fixe les règles et il est garant de leur application. Si l'Etat le souhaite, ces fonctions pourraient être celles de la Sécurité Sociale redéfinie.

I – 1 – 1 – L'Etat définit les soins remboursables

C'est aux Pouvoirs Publics de décider de ce qui relève de l'Assurance Maladie Universelle, c'est-à-dire répertorier les soins et services qui sont pris en charge intégralement pour toute la population définie. C'est ce que l'on appelle « le panier de soins ».

L'Institut Montaigne préconise de lier la prise en charge à l'observation de protocoles thérapeutiques décrivant avec précision l'ensemble des soins nécessaires au traitement d'une pathologie ou d'une situation médicale quels qu'ils soient. Un même acte peut être remboursé ou ne pas l'être, selon que le protocole thérapeutique est respecté. Il est évident que le bon sens doit guider cette démarche qui doit comporter souplesses et dérogations afin de permettre le bon fonctionnement du système et bien sûr être évolutive.

Par ailleurs, cette couverture intégrale des soins et services n'existe que si la personne est assurée (l'équivalent d'adhérent à la Sécurité Sociale aujourd'hui – voir I – 1 – 2 ci-après) et si le prescripteur est agréé (voir I – 4 – 2 ci-après).

Cette liste de soins et services remboursés doit être élaborée avec une grande attention afin de ne laisser en dehors de l'Assurance Maladie Universelle que des actes que chacun peut assumer de façon correcte à travers des assurances supplémentaires ou des dépenses personnelles.

I – 1 – 2 – L'Etat définit la population couverte (population assurée)

C'est aux Pouvoirs Publics de définir qui peut bénéficier de l'«Assurance Maladie Universelle».

Nous sommes partisans de conserver le système actuel basé sur la non discrimination par l'argent de ceux qui bénéficient de l'accès au soin : Toutes les personnes résidentes en France et en situation régulière, c'est-à-dire français ou étranger possédant un permis de séjour, doivent bénéficier de l'Assurance Maladie Universelle. Tous les autres présents sur le territoire doivent, bien sûr, être soignés, mais doivent payer.

I – 1 – 3 – L'Etat contrôle l'application de ces règles et sanctionne les acteurs qui ne les respectent pas

C'est un rôle essentiel et qui garantit que le système mis en place fonctionne bien et qu'il respecte les choix politiques qui ont présidé à sa mise en place. Si une Institution d'Assurance Santé ne respecte pas les principes édictés par l'Etat (non discrimination, refus d'assurance viagère par exemple), cette institution doit se voir retirer l'habilitation de travailler dans le domaine de la santé.

Définition des règles, contrôle et sanctions sont les responsabilités essentielles de l'Etat dans le domaine de la santé. Mais il n'est plus opérateur et de ce fait, cessera d'être juge et partie.

I – 1 – 4 – L'Etat collecte et redistribue la partie du financement de ces dépenses qui relève de la solidarité

Nous y reviendrons lorsque nous aborderons le Financement de l'Assurance Maladie Universelle.

I – 2 – Les professionnels de la santé

Il s'agit des professionnels qui donnent des soins aux assurés. Ils sont de deux types : des établissements comme les hôpitaux ou les cliniques et des individus comme les médecins, les infirmières, les kinésithérapeutes, etc ...

S'ils veulent que leurs clients soient remboursés pour tout ou partie (selon le « panier de soins » défini) des soins qu'ils leur donnent, ils doivent être accrédités par une ou plusieurs Institutions d'Assurance Santé : mutuelles, compagnie d'assurance, caisse d'assurance maladie ... Et ils doivent bien sûr respecter les protocoles thérapeutiques définis par les pouvoirs publics.

S'ils n'ont pas cette accréditation, leurs patients ne seront pas pris en charge.

De cette situation, on peut attendre deux résultats :

1/ Une amélioration de la qualité des soins, les résultats obtenus par les professionnels de santé étant suivis de près par les institutions de santé : en cas de mauvais résultats, les institutions peuvent désagréer les professionnels concernés.

2/ Une répartition de l'offre de soins sur le territoire français répondant à la demande de soins, car la concurrence entre les Institutions les incite à veiller à l'implantation des professionnels en fonction de l'existence de clients dans certains endroits. Ceci résout l'énorme problème actuel résultant de la disparité entre désert médical (grave pour les assurés) et la surpopulation médicale (entraînant une surenchère médicale).

I – 3 – Les clients assurés

Chaque individu pouvant bénéficier de l'Assurance Maladie Universelle a l'obligation de souscrire un contrat auprès d'une Institution d'Assurance Santé de son choix, que ce soit à titre individuel ou à travers un groupe (entreprises, association, ...). Il n'y a pas de sélection de risque de la part de l'Institution et la couverture est viagère.

Nous verrons au chapitre financement comment cette cotisation d'assurance est financée.

Outre cette Assurance Maladie Universelle obligatoire, les assurés peuvent également choisir d'être remboursés pour des actes qui ne sont pas inclus dans la nomenclature fixée par les Pouvoirs Publics. Il s'agit là d'une démarche volontaire laissée au choix de chacun, la cotisation correspondante fixée par l'opérateur varie en fonction du degré de couverture choisi pour ces soins « hors norme ».

Pour les actes répertoriés par les pouvoirs publics comme faisant partie de l'Assurance Maladie Universelle, le remboursement ne peut avoir lieu que si les assurés se font soigner dans des établissements ou chez des professionnels de santé agréés par leur Institution d'Assurance Maladie (I – 4 – 2 ci-après). On peut imaginer des accords entre certaines Institutions afin d'élargir les réseaux de soin auxquels leurs clients ont accès.

I – 4 – Les Institutions d'Assurance Santé

Il s'agit des Caisses d'Assurance Maladie, des groupes de prévoyance, des mutuelles et des compagnies d'assurance. Pour pouvoir exercer l'activité d'assurance santé, ces institutions doivent être agréées et obéir à un cahier des charges défini par l'Etat. Elles travaillent en concurrence totale entre elles, sans avantages particuliers concédés à une catégorie ou à l'autre.

Il y a liberté de tarification pour cette assurance maladie universelle qui prend en charge la totalité des soins définis par les Pouvoirs Publics. La cotisation de base peut varier en fonction d'options prises par l'assuré, par exemple choix d'une franchise, actions de prévention ...

I – 4 – 1 – Leur métier est le remboursement des dépenses de santé de tous les résidents en situation régulière en France

En premier lieu, elles remboursent les actes et soins définis par l'Assurance Maladie Universelle à condition qu'ils soient prescrits et effectués par des professionnels agréés (voir I – 4 – 2) et que, s'il existe des protocoles thérapeutiques définis, ils aient été respectés. Il s'agit là de leur contrat de base avec leurs clients. Ce contrat de base peut comporter des différences marginales : choix de franchise, acceptation d'une politique de prévention ...

En aucun cas ils ne peuvent exclure des pathologies ou des actes prévus par l'Assurance Maladie Universelle.

En second lieu, elles bâtissent des offres d'assurance santé supplémentaires pour répondre aux désirs de certains de couvrir leurs dépenses correspondant à des choix particuliers : homéopathie, acupuncture, esthétique, cures d'amaigrissement, ...

I – 4 – 2 – Elles agréent les professionnels de santé et passent des contrats avec eux pour garantir qualité et contrôle des coûts.

Comme ce sont elles qui gèrent la base des clients et des prescripteurs et qui subissent les conséquences financières occasionnées par les soins prescrits et donnés. Elles sont donc à même d'analyser les meilleures pratiques, les dérives, les abus.

Ces analyses nous permettent de gérer notre système de soin sur des critères de qualité et de sortir enfin de la situation de « payeur – aveugle » que nous vivons.

On peut même imaginer que ces institutions d'assurance, en partenariat avec les professionnels de santé, suscitent des initiatives qui relèvent aujourd'hui du tabou, par exemple :

- Rembourser des actes de prévention aujourd'hui non couverts.
- Ouvrir pour les professionnels de santé qui le souhaitent un financement partiel à la capitation.
- Négocier avec des groupes de médecins un auto-contrôle des prescriptions sur des critères de qualité avec en contrepartie une revalorisation notable des actes médicaux de base.
- Développer à grande échelle de réels réseaux de soins permettant d'offrir des services de qualité aux adhérents.
- Mettre en œuvre des procédures d'évaluation médicale a posteriori par des organismes indépendants des institutions d'assurance dont les résultats seraient communiqués à l'ensemble de leurs assurés, démocratisant ainsi l'accès à des soins de qualité.

I – 4 – 3 – Elles agissent en stricte concurrence entre elles dans le respect du cahier des charges défini par l'Etat et contrôlées par lui

Ceci nous paraît une condition essentielle de la garantie de qualité du système de santé, de son efficacité et de sa capacité d'innovation.

Ceci élimine le risque d'entente et de cartels qu'on a pu voir dans certains pays, où celui de la dérive des coûts qui peut résulter d'une centralisation trop grande telle qu'on la vit aujourd'hui en France.

Que faire ? II – Le financement des dépenses de santé

Aujourd'hui, les dépenses de santé sont financées par la C.S.G. (5,10% du revenu brut des ménages, + 2,9% au titre du R.D.S.) et par des cotisations payées par l'employeur (12,6%), artifice qui rend assez indolore le coût de la maladie pour chaque français. Est-on conscient de payer comme cotisation d'assurance environ 20% de ce qu'on coûte à son employeur ? Si cette somme nous était versée, ferait-on un chèque d'un tel montant sans se poser des questions de qualité, de choix de consommation, de contrôle des dépenses ?

Il nous paraît aujourd'hui important de revoir l'ensemble du système de financement pour qu'il puisse :

- répondre au principe de solidarité, indiscutable pour faire face aux inégalités face à la maladie et aux disparités de revenu.
- mettre en convergence d'intérêt tous les acteurs de la santé pour un meilleur rapport qualité prix dans le domaine de la santé.

Nous proposons, dans la refonte de l'Assurance Maladie que les dépenses de santé, soient scindées en deux grands domaines :

- celui défini par l'Etat et couvert par l'Assurance Maladie Obligatoire,
- celui correspondant à une consommation médicale supplémentaire, et donc hors du champ de l'Assurance Maladie Obligatoire. Ces dépenses existent déjà largement en France : homéopathie, acupuncture, cures, esthétique, ... Elles sont généralement payées directement par les individus. Elles peuvent bien évidemment faire l'objet d'une offre d'assurance classique de la part des Institutions d'Assurance Santé. En aucun cas leur champ ou leur couverture ne doit résulter d'une intervention de l'Etat.

Il nous faut donc couvrir les dépenses d'Assurance Maladie Obligatoire. Nous proposons de les financer par une combinaison de cotisation d'assurance et d'impôt de solidarité, la proportion de l'une ou de l'autre ayant un caractère hautement politique.

II – 1 – Une cotisation d'assurance

Pour pouvoir être remboursée de ses dépenses de santé, toute personne appartenant à la population déterminée par les Pouvoirs Publics doit obligatoirement souscrire un contrat d'assurance auprès d'une Institution d'Assurance Santé agréée (Voir I - 4). Elle la choisit librement et les institutions sont en concurrence. Le contrat souscrit peut être individuel ou collectif.

Nous préconisons que désormais les employeurs versent à leurs collaborateurs, en plus de leur salaire, la totalité de la part salariale et patronale correspondant à la santé soit environ 20% du salaire net en plus. Ensuite, les individus paient eux-mêmes directement leurs cotisations d'assurance santé.

Ces cotisations doivent être d'un ordre de grandeur équivalent pour chacun, quel que soit son revenu, les différences pouvant résulter de la concurrence entre les institutions et du choix individuel d'accepter une franchise, ou une politique de prévention par exemple. A titre d'exemple, les cotisations d'assurance santé pourraient représenter de l'ordre de 18% du

salaires moyens des français. Ceux dont le salaire est plus élevé paieraient donc moins qu'aujourd'hui. Ceux dont le salaire est inférieur au salaire moyen paieraient plus, ce qui est contraire à l'équité recherchée. Les bas revenus se verraient donc attribuer une aide personnalisée d'autant plus importante que leurs revenus sont faibles. Cette aide santé serait payée par l'Etat, soit à la personne, soit directement à l'Institution qui l'assure. Cette aide constituerait une partie de la solidarité.

L'ensemble de ces cotisations, collectées par les Institutionnels de la santé couvriraient les dépenses de santé jusqu'à un certain seuil (voir II – 2 ci-après) et pourraient donner lieu à des démarches de responsabilisation.

Ces Institutions d'Assurance Santé, en concurrence, auront tout intérêt à bien coordonner la chaîne de soins, à exiger de la qualité de la part des Etablissements et des professionnels de la santé, en bref, à nous maintenir en « bonne santé ».

Il n'en reste pas moins qu'il faut mettre au point un système de solidarité pour traiter des énormes inégalités face à la maladie, auxquelles nous sommes confrontés.

II – 2 – Un impôt de solidarité

Il en existe déjà un : il s'appelle la C.S.G. Il représente aujourd'hui 5,1 % (plus les 2,9% au titre du R.D.S.) de l'ensemble des revenus de chaque français et ne pénalise pas les entreprises et le travail et permet que la contribution des riches soit beaucoup plus élevée que celle des pauvres. Faut-il un impôt supplémentaire de solidarité ? Aux pouvoirs politiques à décider.

Les sommes, collectées à ce titre, auront deux destinations :

- Payer l'Aide Personnalisée Santé à ceux dont la cotisation d'assurance santé est plus élevée que celle qu'ils paient et que l'employeur paie pour leur compte aujourd'hui. Ceci constitue une solidarité par rapport aux disparités de salaire.
- Payer aux Institutions d'Assurance Santé les « sur-dépenses » occasionnées par les risques lourds que représentent certains de leurs clients. Il faudra fixer le seuil de dépenses santé par individu (30.000 € de dépenses annuelles ? 50.000 ? 80.000 ?) qui déclenchera le complément de remboursement par l'Etat aux Institutions d'Assurance Santé.

Ceci aura le mérite de banaliser les Affections de Longue Durée (A.L.D.) qui aujourd'hui voient leurs dépenses remboursées à 100% avec exonération du ticket modérateur, même si ceux qui en sont atteints ont les moyens de payer et si leur maladie ne requiert plus de soins coûteux, alors qu'à contrario certaines maladies ne relèvent pas d'une A.L.D. alors que les malades atteints engagent d'énormes dépenses qui ne relèvent pas du 100 %. Là, nous sommes dans le domaine de la solidarité face à la maladie.

Le montant total de la C.S.G. pourrait être variable en fonction des résultats de l'année précédente.

Le cahier des charges pourrait prévoir qu'une fraction des excédents réalisés, soit par les Institutions d'Assurance, soit par la C.S.G. pourrait être consacrée au financement d'opérations de prévention.

*
* *

Notre système d'Assurance Maladie Obligatoire est né après la deuxième guerre. Il a extraordinairement rempli son rôle, mais depuis de nombreuses années, il est à bout de souffle, et les évolutions à la marge qui ont été réalisées n'arrivent plus à enrayer les dérives tant en qualité qu'en coût.

Certes, ce que je viens de décrire est une vaste réforme qui implique la totalité des acteurs.

Elle a l'avantage de ne pas en créer de nouveaux, de responsabiliser chacun sur ses domaines de compétence, de créer une véritable convergence d'intérêt. Et surtout de préserver trois principes auxquels nous sommes attachés :

- La liberté de consommer de la santé pour chacun
- La liberté de prescrire des professionnels
- Le rôle politique de l'Etat tant en matière de principe que d'évaluation et de contrôle.

Pour être faite, cette réforme nécessite une large campagne d'explication et du courage politique. Le temps presse.