

ASSURANCE-MALADIE

Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance -maladie : quel diagnostic ?

Le haut conseil créé par Jean-Pierre Raffarin en Octobre dernier compte 53 membres, organisations syndicales, professionnels de santé, associations, mutualité, patronat...). Il est installé pour trois ans. La FSU en a été exclue, et conteste cette décision (un recours a été déposé).

Le haut conseil a rendu le 23 janvier un avis sur la situation du système de santé et de l'assurance-maladie. Cet avis est celui d'un « *diagnostic partagé* » par les membres de ce conseil, c'est-à-dire d'un compromis entre les membres fort divers de cette assemblée. Il montre la diversité des pistes de réforme, dont certaines nous paraissent contestables, voire dangereuses

[Les remarques de la FSU sont en caractères gras]

Les principaux axes de ce diagnostic

Le rapport estime que l'assurance-maladie constitue « *un de nos grands succès collectifs* », qu'il a permis d'assurer « *un accès aisé aux soins* », « *avec un bon niveau de prise en charge* ».

Si les succès du système de santé sont indéniables, le rapport sous estime la réalité des inégalités sociales face à la santé (en particulier il ignore la question de la santé au travail), ainsi que les importantes dégradations intervenues depuis plusieurs années avec des remboursements en baisse et le forfait hospitalier.

Le haut conseil affirme que le niveau et la dynamique des dépenses de santé placent l'assurance-maladie en situation de grave difficulté. En effet, les dépenses de santé sont appelées à progresser durablement plus vite que la richesse nationale. Selon lui, les difficultés financières sont d'origine essentiellement structurelle ($\frac{3}{4}$) et de façon secondaire conjoncturelle ($\frac{1}{4}$). Pour le haut-conseil, la question centrale est le rapport qualité/coût de notre système de soins : il serait possible d'accroître ce rapport tout en améliorant la qualité et en préservant l'égalité d'accès.

Pour la FSU, le haut conseil a raison d'affirmer que la croissance des dépenses de santé est un phénomène durable, qu'il faut préserver la qualité et l'égalité. Mais le haut conseil minore la responsabilité des politiques de stagnation salariale et l'augmentation du chômage dans le creusement des déficits. Il se refuse à considérer que le poids des exonérations de cotisations patronales plombe les comptes de l'assurance -maladie. Il délivre un message alarmiste sur les déficits futurs.

Sans nier la réalité des déficits, et surtout de la nécessité de trouver des réponses en terme de financements à une augmentation légitime des dépenses pour répondre aux besoins, il est clair que les scénarios catastrophes (le déficit serait « abyssal » comme le répètent les journalistes), sont surtout là pour convaincre les français qu'il faudra des mesures « douloureuses ».

Le haut conseil alerte sur la crise du système de soins : il ne répond plus aux exigences de qualité et d'efficacité, les inégalités de santé perdurent, les crises sanitaires se multiplient, le système est peu ou mal « piloté »...

La FSU estime qu'il y a en effet une crise du système de santé et qu'une réforme est nécessaire. Mais l'objectif de cette réforme doit être d'améliorer le système de soins et son accès à tous. Cet objectif n'est pas compatible ni avec la limitation du financement socialisé, ni avec des mesures tendant à réduire la couverture de base assurée par la sécurité sociale.

Les trois variables sur lesquelles le haut conseil recommande d'agir

1 Le système de soins

L'amélioration et la rationalisation de l'offre de soins est pour le haut conseil la variable principale sur laquelle agir. Il préconise des mesures très diverses : certaines sont intéressantes et reprennent parfois des idées avancées par des acteurs du système de soins, d'autres sont ambiguës, et nombre d'entre elles sont discutables ou dangereuses.

Quelques exemples :

«Il n'y a pas de gestion suffisamment active et critique du périmètre des biens et services qui sont pris en charge par l'assurance –maladie... ».

Cette proposition laisse entendre que certaines prestations pourraient être considérées comme relevant de choix « individuels » et ne seraient pas pris en charge. La notion de « périmètre » n'est pas sans rappeler le « panier de soins » proposé par le rapport Chadelat. C'est bien la réduction de la prise en charge collective qui est ici dessinée. La question de savoir ce qui doit être remboursé par le financement socialisé est une vraie question. Savoir qui en décide est également une question décisive. Mais il est encore plus important de se demander pourquoi on se pose ces questions : si l'objectif est de réduire la progression des dépenses socialisées, ce qui est fréquemment rappelé dans le rapport, on peut avoir de sérieuses craintes sur la qualité de la couverture médicale garantie par l'assurance-maladie !

L'assurance-maladie ne doit assurer que le remboursement de biens et de services qui ont fait la preuve de leur efficacité. Mais le rapport insiste surtout sur le critère d'efficience, c'est-à-dire le rapport entre l'utilité du produit ou de l'acte et son coût. Un produit nouveau et plus cher qui n'apporte pas d'amélioration significative n'a pas forcément à être pris en charge. De même on peut substituer un produit moins cher à un autre à efficacité égale.

L'efficience fait intervenir des choix collectifs sur la hiérarchie des priorités. Encore le problème de savoir qui décide ? S'agit-il de choix pour une politique de santé ou de logique comptable ? Sans compter qu'en général, les techniques et produits nouveaux sont meilleurs...et plus chers !

Le haut Conseil développe des propositions pour une meilleure coordination des professionnels de santé, une répartition plus équilibrée sur le territoire, le développement du principe de précaution, une vraie politique de prévention, une amélioration de l'information des patients, et une tarification des actes médicaux plus juste entre les professions de santé. Il estime que la surconsommation médicamenteuse est à la fois coûteuse et dangereuse pour la santé (accidents iatrogènes) et estime qu'il faut engager à ce sujet des *actions extrêmement décidées*.

La FSU est favorable à certaines de ces propositions d'amélioration du système de santé, mais reste sceptique sur leur mise en œuvre, soit en raison des rapports de forces entre les acteurs en présence, soit à cause de leur subordination à la contrainte financière : que signifie optimiser la répartition des moyens sur le territoire quand la logique économique conduit à favoriser la concentration dans des grandes structures et quand on laisse le libre choix d'installation aux médecins ?

Le rapport du haut conseil serait plus convaincant s'il s'ignorait pas des questions décisives : le lobbying des laboratoires, l'ampleur des inégalités sociales, la santé au travail ...

D'autre part, l'hôpital est absent des propositions du Haut Conseil qui semble considérer, comme le gouvernement, que le sort de l'hôpital a déjà été réglé par le plan 'hôpital 2007 », plan contesté par la plupart des organisations de personnels hospitaliers.

Le Conseil entretient une curieuse ambiguïté sur les effets de cette « optimisation du système » : il estime que les effets à en attendre sont surtout sur le long terme, mais en même temps il affirme que les économies à court et moyen terme générées par la réforme vont permettre d'aligner rapidement la croissance des dépenses de santé sur celles du PIB. On sait que telle est la position du gouvernement : équilibrer les comptes de l'assurance-maladie dès 2007 en divisant

par deux la croissance des dépenses de santé pour l'aligner sur la croissance du PIB. Il est clair qu'obtenir un tel résultat dans des délais aussi courts supposerait une réforme brutale.

2 L'ajustement des conditions de prise en charge.

Le Conseil réaffirme les principes de solidarité, il estime qu'il ne faut pas toucher à la prise en charge de ceux qui supportent les dépenses les plus élevées (5 % des assurés représentent 60 % des remboursements) et il recommande de ne pas accroître le reste à charge pour les revenus les plus modestes (et d'améliorer leur accès à une complémentaire).

Faut-il comprendre que ce qui n'est pas exclu est autorisé ? A savoir réduire la prise en charge pour ceux qui ne sont pas affectés par une maladie grave ou chronique, ou qui n'ont pas les revenus les plus modestes ?

Cette proposition aurait pour conséquence des transferts de charge sur les assurés et/ou les complémentaires, et une rupture dans le principe de solidarité. Elle prépare à une diminution de la couverture assurée par l'assurance-maladie. Elle implique au moins implicitement une différenciation entre « petits et gros » risques, dont on sait que la seule pertinence est d'ouvrir un boulevard aux assureurs. Une modulation des remboursements est également envisagée, notamment pour responsabiliser les patients aux comportements jugés « laxistes ».

3 La variable recettes

Pour les recettes, le haut conseil estime que le système de recettes ne saurait suffire si la dépense croît plus vite que le PIB.

Implicitement le haut conseil n'exclut pas une hausse des prélèvements, mais pour déclarer aussitôt qu'une réforme des prélèvements ne relève pas de son mandat

Néanmoins, il suggère quelques pistes, notamment d'examiner *les principes d'universalité de l'assiette, de parité des efforts contributifs et des droits entre les régimes et leurs ressortissants.*

En clair, il s'agirait d'élargir l'assiette de la CSG (en imposant par exemple des revenus exonérés comme les primes des fonctionnaires ou les contributions à l'épargne salariale dans le privé). Autre piste, la *parité des efforts contributifs* peut avoir des significations politiques opposées : accroître davantage l'imposition des revenus du capital, ce qui serait conforme à nos demandes, ou aligner la taxation des retraités et chômeurs imposables (actuellement taxés au taux de 6,2 % contre 7,5 % pour le taux normal), voire imposer à la CSG les chômeurs et retraités non imposables.

La FSU craint que la seconde proposition ne soit celle retenue par le gouvernement. Le rapport est d'autre part silencieux sur la prolongation et/ou l'augmentation du CRDS institué en 1996. Or l'augmentation du déficit cumulé laisse prévoir de telles mesures.

Le haut conseil considère qu'il ne faut pas toucher à l'objectif de solidarité nationale : les cotisations doivent rester indépendantes de l'état de santé, de l'âge, du nombre des personnes au foyer, et rester dé plafonnées. Ces principes assurent un transfert important en faveur des plus malades, des plus pauvres et des familles nombreuses.

Ce rappel est positif, mais le rapport ne s'engage pas fermement contre une « réforme » qui conduirait à la diminution de la couverture garantie par l'assurance-maladie et provoquerait un transfert de dépenses vers les complémentaires, voire vers des assurances individuelles, dont les annexes du rapport démontrent très bien le caractère inégalitaire (et le coût pour les finances publiques s'agissant des contrats collectifs dans le privé bénéficiant d'exonérations fiscales).

Le haut conseil considère que *l'enchevêtrement des compétences explique en partie les dérives du système*, il estime qu'il faut mieux répartir les pouvoirs et les responsabilités tout en agissant dans le sens d'une *plus grande diversité d'expressions démocratiques et de représentations des usagers et des professionnels de santé dans différentes instances du système d'assurance maladie*.

Le Haut Conseil ne dit rien de la nécessité de nouvelles élections, ni sur la nécessité de faire réellement participer l'ensemble des citoyens au débat sur la santé.