



Rencontres Dauphine Santé

DAUPHINE
UNIVERSITÉ PARIS

Actes

3ème débat contradictoire Cycle la santé en France 2012-2017

Mardi 6 mars 2012

Bismarck, Beveridge

Débat d'hier, débat d'aujourd'hui, débat de demain

Le financement de la protection sociale, Quel nouveau modèle ?

*Avant le premier tour des élections présidentielles, l'association DESSEIN (Dauphine EcoSanté Social Entente et Idées Nouvelles) a organisé dans le cadre des Rencontres Dauphine Santé, un cycle de débats contradictoires à l'Université Paris-Dauphine « **La santé en France : 2012-2017** » en présence de politique, de professionnels, d'universitaires et d'étudiants.*

Pour tous renseignements : Dr Christine Roullière-Le Lidec, médecin, docteur en sciences économiques, présidente de DESSEIN, christine.roulliere@wanadoo.fr

© Tous droits réservés. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite ou transmise sous aucune forme ou par quelque moyen électronique ou mécanique que ce soit, par photocopie, enregistrement ou par quelque forme d'entreposage d'information ou de système de recouvrement, sans la permission écrite de l'auteur.

Sommaire

Introduction	3
Claude LE PEN, Professeur en économie, Université Paris Dauphine	3
Le Contexte	5
Christian BABUSIAUX, Président de la Première Chambre de la Cour des Comptes	5
La vision politique de l'UMP, du Parti Socialiste, du Nouveau Centre et d'EELV	10
I. Point de vue de l'UMP : Yves BUR, Député du Bas-Rhin	10
II. Point de vue du Nouveau Centre, Jean-Luc PREEL, Député de Vendée	12
III. Point de vue d'Europe Ecologie–Les Verts, Jean-Luc VERET, Président de la Commission Nationale Santé	14
IV. Point de vue du Parti Socialiste Marisol TOURAINE, Député d'Indre et Loire	18
Le financement de la protection sociale : un choix de société ?	21
Débat entre les professionnels et les politiques	21
Le point de vue des professionnels	21
Alain BAZOT, Président d'UFC-Que Choisir.	21
Etienne CANIARD, Président de la Fédération Nationale de la Mutualité Française	21
Philippe LE CLEZIO, Secrétaire Confédéral de la CFDT en charge des questions de financement de la protection sociale,	21
Gérard MENEROUD, Directeur Général Adjoint de CNP Assurances, Représentant de la FFSA,	21
Jean-François PILLIARD, Président de la Commission Protection sociale du MEDEF,	21
Conclusion	34

Introduction

Claude LE PEN, Professeur en économie, Université Paris Dauphine

I. Les évolutions du système français de protection sociale : de Bismarck à Beveridge ?

1. Un système « plutôt » bismarckien

Le titre de cette rencontre fait référence à Beveridge et Bismarck. En France, nous avons choisi, en 1945, un système de protection sociale de type plutôt « bismarckien ». Je précise « plutôt », car nous ne pouvons choisir notre Caisse, contrairement aux systèmes allemand ou encore hollandais, et car l'assurance-maladie est obligatoire, alors qu'elle ne l'est, en Allemagne, qu'en dessous d'un certain seuil de revenus. Mais il s'agit tout de même d'un système de type « bismarckien » en ce sens qu'il procède d'une séparation entre les Caisses d'assurance-maladie et l'Etat, d'un financement contributif fondé sur des cotisations sociales et non sur la fiscalité, et car la médecine libérale y est indépendante et non institutionnalisée (« *gatekeeping* ») comme en Grande-Bretagne.

Notre système trouve ses racines dans les lois d'avril 1928 et 1930, qui s'inspiraient elles-mêmes du régime d'Alsace-Lorraine en le généralisant à l'ensemble du territoire français. N'oublions pas, non plus, d'évoquer sa gestion paritaire, confiée aux partenaires sociaux.

2. Une fiscalisation croissante

Par la suite, il s'est progressivement fiscalisé, avec l'invention de la CSG en 1990, le basculement des cotisations sociales sous celle-ci en 1998, le Plan Juppé de 1995 qui a institué la CRDS. Entre 2008 et 2012, pas moins de vingt milliards d'euros de recettes fiscales supplémentaires ont été affectées à la protection sociale à travers les taxes sur le tabac, l'alcool, ou encore la fiscalité des complémentaires-santé. Aujourd'hui, de fait, la CSG représente plus de 40 % du financement de l'assurance-maladie.

3. Le mouvement d'universalisation et d'étatisation

Le système s'est également universalisé, notamment avec la loi sur la CMU en 1999, qui a déconnecté la protection sociale du statut de l'emploi en faisant de l'assurance-maladie un « droit du sol ». Il s'est, de plus, étatisé au travers du Plan Juppé de 1995 qui a créé l'ONDAM, le contrôle parlementaire des dépenses publiques et les ARH ; de l'UNCAM, en 2004, dont le Directeur Général a pris le pas sur le Président, réduisant le paritarisme à un rôle de représentation plutôt que de gestion ; des ARS, apparues en 2010-2011, qui ont concrétisé la fusion des services de l'Etat et de l'assurance-maladie au niveau régional. J'y ajouterai une certaine étatisation des complémentaires-santé, dont le rôle traditionnel était de couvrir le ticket

modérateur et qui, aujourd'hui, contribuent au financement de la protection de base au travers de prélèvements fiscaux importants : ils ont représenté un milliard d'euros lors de l'introduction de la CSCA et un autre milliard lorsque le taux de celle-ci a été porté de 3,5 à 7 %. Les complémentaires-santé assurent également le financement intégral de la CMU. Elles représentent donc un moyen de ressources pour le régime de base, si bien que la question se pose de leur universalisation, en instituant une complémentaire pour tous.

La médecine libérale, elle-même, a quasiment perdu son caractère « libéral » et elle le sera encore moins si des mesures quelque peu autoritaires sont prises, à l'avenir, en matière de répartition territoriale des médecins, limitant ainsi l'une de ses cinq libertés – la liberté d'installation – sachant que les libertés de prescription et de fixation directe des honoraires n'existent déjà quasiment plus.

II. Vers un nouvel Etat-Providence ?

Les évolutions qui précèdent ont été mises en œuvre aussi bien par la Droite et la Gauche, sans que les Français s'en émeuvent outre mesure : j'évoquerai de ce point de vue la loi Teulade et la loi CMU d'un côté, le Plan Juppé et la loi Bachelot de l'autre. Il y a donc un relatif consensus, dans notre pays, sur cette évolution « beveridgienne ».

Aujourd'hui, nous nous situons à un tournant :

- Faut-il pousser plus loin la fiscalisation, par exemple en fusionnant la CSG et l'IRPP ? Ce serait un véritable « big bang », qui nous rapprocherait encore davantage d'un système de redistribution verticale, des « riches » vers les « pauvres », alors qu'il est pour l'instant plutôt horizontal, des « bien-portants » vers les « malades ».
- Faut-il soumettre les prestations à conditions de ressources, par exemple au travers du bouclier sanitaire consistant à fixer des franchises variables en fonction des revenus ?
- Faut-il évoluer vers une médico-économie *stricto sensu*, « à l'anglaise », estimant que certains traitements à l'efficacité pourtant avérée sont trop onéreux, ce qui reviendrait à dire que le coût de la vie humaine ne vaudrait pas celui de ces traitements ? Lorsque les Parlementaires votent ce genre de dispositions, ils pensent plutôt qu'il convient d'éviter de payer les médicaments trop chers, mais d'un point de vue technique, la médico-économie revient bien à opérer un rapport entre le coût du traitement et le coût de la vie humaine : « un an de vie en plus pour un patient cancéreux coûte 100 000 euros : c'est trop cher, on ne le fait pas, préférant payer d'autres soins rapportant plus d'un an de vie, car cela est plus rentable ». C'est ce que font les Anglais.
- Faut-il également universaliser les complémentaires-santé, voire les intégrer à la protection de base ?

Autant le processus d'étatisation était jusqu'ici passé relativement inaperçu pour les Français, autant les mesures que je viens d'évoquer, si elles sont mises en œuvre, seront clairement visibles et parfois vécues d'une manière assez rude.

Ces réflexions interviennent dans un contexte de croissance ralentie, qui peut conduire à subir ces évolutions plutôt qu'à les choisir. Au-delà des débats électoraux à venir, nous nous

interrogerons donc, au cours de ce débat, sur l'avenir de notre système de protection sociale : va-t-il changer de philosophie ? Va-t-on voir apparaître un nouvel Etat-Providence, intermédiaire entre l'Etat corporatiste et l'Etat social-démocrate ?

Le Contexte

Christian BABUSIAUX, Président de la Première Chambre de la Cour des Comptes

Apparemment, rien n'a changé : les problèmes qui sont aujourd'hui sur la table sont habituels ; les Français y sont en quelque sorte accoutumés. Quoi de plus familier, en effet, que l'existence d'un déficit de la Sécurité Sociale, récurrent depuis tant d'années ; que l'impact des cotisations sociales sur la productivité de nos entreprises et la compétitivité de l'économie ; que les discussions sur l'équité sociale des prélèvements permettant le financement du système ?

Apparemment, donc, tout va son train comme avant. Mais les circonstances que traversent aujourd'hui l'économie de notre pays, les finances publiques, la protection sociale sont en réalité tout autre et imposent de toutes nouvelles réflexions, que je voudrais tenter de vous faire sentir, étant entendu que je prêterai la plus grande attention aux solutions qu'ensuite, les autres intervenants voudront bien nous présenter.

I. Le financement de la protection sociale, composante d'un problème économique global

Il faut élargir le regard. Bien sûr, un problème de financement de la protection sociale se pose aujourd'hui, mais il se situe dans un problème beaucoup plus vaste de financement de la sphère publique, qui renvoie lui-même, désormais, à un problème global de financement de notre économie, sphères publique et privée confondues.

1. L'évolution de la dette publique

Pour ce qui concerne la sphère publique, le problème n'est plus seulement celui du déficit des finances publiques et notamment de la sécurité sociale. Chacun le mesure, c'est celui de la dette publique. Le taux de la dette publique rapporté au PIB s'est établi à environ 85 % en 2011 (1700 Mds euros), contre un peu plus de 60 % avant le démarrage de la crise, en 2007. Il s'est donc accru de plus de vingt points de PIB. Quelles que soient les mesures d'économies ou de prélèvements annoncées, ce mouvement va se poursuivre en 2012 : le taux d'endettement de nos finances publiques passera alors à environ 90 % du PIB, à tendances inchangées. Ce phénomène n'est pas neutre. D'une part, ce taux de 90% est souvent considéré comme une « zone dangereuse ». D'autre part, si la dette française continue à s'accroître, la dette allemande a commencé à refluer dès 2011, et reviendrait à 80 % en 2012. Il y aura donc, cette année, un écart historique, sans précédent, de dix points de taux d'endettement dû entre les deux pays, alors que l'endettement français a longtemps été inférieur ou « jumeau » de celui de l'Allemagne.

Par conséquent, même si un répit a été observé ces derniers temps dans les émissions réalisées par l'Etat pour financer sa dette, on ne peut pas penser qu'il ait vocation à perdurer spontanément. Une telle divergence entre les tendances de notre dette publique et de celle de l'Allemagne n'est pas durablement soutenable. Nous avons désormais atteint une double limite, l'approche du taux de 90 % de PIB signalant notre arrivée en « zone dangereuse », et le contraste des situations française et allemande étant très important.

2. L'existence d'un problème de financement global de l'économie

Au-delà de ce problème de dette publique, il existe un problème de financement global de l'économie nationale. Alors que la France a longtemps été un financeur du monde, elle est, depuis 2005, tributaire d'un financement par le reste du monde, ce qui constitue un basculement historique, que peu d'observateurs ont perçu. En 2010, dernier chiffre connu, la France – tous secteurs confondus : ménages, entreprises, administrations – a emprunté plus de 42 milliards d'euros au reste du monde, soit plus de 2 % de son PIB. La même année, l'Allemagne disposait, elle, d'un excédent de capacité de financement de 6 % de son PIB, qui s'est vraisemblablement accru en 2011.

Cette évolution de notre pays se prolongeant depuis 2005, l'économie française dans son ensemble s'est endettée de 233 Mds d'euros vis-à-vis du reste du monde, soit 12 % du PIB. Cela signifie également – puisque les ménages et les entreprises ont continué à épargner ou à dégager une capacité de financement – que le besoin de financement de la sphère publique – Etat, collectivités locales, Sécurité Sociale – tire désormais le solde de financement de l'économie française vers le bas, dans une « zone rouge », ce qui n'était pas le cas antérieurement. Les niveaux de déficits atteints nous rendent naturellement tributaires du financement extérieur. Dès lors, il ne faut pas s'étonner de l'impact direct des problèmes rencontrés sur la dette d'Etat, l'ensemble des dettes publiques françaises et, en chaîne, sur les dettes de diverses entités françaises, même privées. La perpétuation des déficits publics accroît chaque jour la dépendance aux marchés et à l'étranger.

3. L'impossible maintien du financement de la protection sociale par la dette

Pour ce qui concerne spécifiquement la protection sociale, l'Etat et la Sécurité sociale ont progressivement utilisé toutes les réserves, tous les moyens potentiels. Les possibilités de financement de la Sécurité Sociale par le recours à la dette se sont épuisées à force d'être utilisées. L'ACOSS n'a ainsi plus réussi à se financer entièrement auprès de la Caisse des Dépôts à partir de la fin 2010 et l'on peut d'ailleurs penser que le portage d'un déficit structurel n'était guère dans la vocation naturelle d'une institution qui se définit comme un investisseur de long terme. Quant à la CADES, qui reprend la dette de la sécurité sociale et se finance par des émissions longues, elle s'est retrouvée dans l'obligation d'une quête de financements dans l'ensemble du monde et dans l'ensemble des monnaies. Sans que beaucoup s'en aperçoivent, alors que l'Agence France Trésor s'est évertuée à maintenir, pour l'Etat, un « endettement vertueux » en euros, la sphère publique a dû aller chercher des financements sur d'autres monnaies que l'euro et dans un ensemble de plus en plus large de pays du monde pour financer la protection sociale.

Cette sorte de « quête » pour le financement de nos déficits sociaux à l'étranger et la tentative de découplage entre la dette de l'Etat et celle de la Sécurité Sociale ont récemment rencontré, elles-

mêmes, des limites. Au lendemain de la dégradation de la note de l'Etat, celle de la CADES l'a été également. Cette répercussion a bien marqué la limite de la stratégie consistant à considérer que la CADES pourrait mieux préserver son *rating* que l'Etat, au motif qu'elle dispose de recettes dédiées, assurant le remboursement de ses emprunts. Il n'y a pas de déglobalisation concevable de la dette Etat-sécurité sociale. Réciproquement la persistance de la dette sociale atteint le crédit de l'Etat.

Quant au FRR (Fonds de Réserve des Retraites), précieuse tirelire composée d'actions et d'obligations, autrement dit de ressources de financement particulièrement importantes pour l'économie nationale, et qui ne devait être utilisée qu'au-delà de 2020, il est vidé avant terme pour contribuer à alimenter la CADES, c'est-à-dire à financer les déficits passés.

Ainsi, l'Etat a utilisé tous les réservoirs existants, tous les canaux financiers envisageables, si bien qu'il n'est plus durablement possible de continuer à financer notre protection sociale, pour une si large part de ses dépenses, par de l'endettement. Cette logique arrive aujourd'hui à son terme.

4. L'absence future de toute possibilité de rééquilibrage spontané par la croissance

Si le déficit de l'assurance-maladie s'est réduit en 2011, il l'a fait dans une situation où la croissance de l'économie atteignait 1,6 %, rythme supérieur à celui désormais attendu sur le moyen et le long terme dans notre pays. Contrairement au passé, nous ne pouvons plus espérer un rééquilibrage spontané et rapide du système. Il y a une raison simple à cela : la croissance potentielle de la France, au lieu d'être de 3 ou même 2 % comme dans d'autres périodes, n'est vraisemblablement plus comprise qu'entre 1 % et 1,5 %.

Si rien n'est fait dès maintenant, il faudra à nouveau faire reprendre par la CADES – ou un autre organisme– 130 milliards d'euros de déficit cumulé d'ici à 2020. Aucun autre pays en Europe ne connaît une situation comparable. Prenons une autre comparaison, nationale celle-là : en 2011, le déficit de l'assurance maladie, c'est 8,5 Mds euros ; les « investissements d'avenir » financés par le « grand emprunt, ce sont 35 Mds sur 10 ans, soit 3,5 Mds par an ; en d'autres termes, en 2011 la France a emprunté deux fois et demi plus pour financer les prestations courantes de l'assurance maladie que pour les investissements d'avenir.

Il faut chercher des voies nouvelles.

II. Quelles alternatives globales ?

Il est devenu impératif de « procéder autrement ». Je ne veux pas empiéter, ce n'est pas mon rôle, sur ce que diront les intervenants suivants et je voudrais simplement formuler quelques remarques globales qui me semblent pouvoir y servir d'introduction.

Premièrement, il me paraît impossible de tout miser soit sur les recettes soit sur les dépenses. Il faut agir simultanément sur ces deux volets, car l'assurance-maladie n'est pas seule : toutes les administrations publiques, qu'il s'agisse de l'assurance-chômage, des régimes de base de la Sécurité Sociale, des régimes de protection complémentaire vieillesse, de l'Etat ou des collectivités locales, sont actuellement en situation de besoin de financement, fait sans précédent dans l'histoire économique de notre pays. Autant dire que, dans un pays qui consacre déjà près de la moitié de son PIB (49,5%) aux prélèvements obligatoires, tout ne pourra venir d'un surcroît

de recettes, d'autant plus qu'un recours massif y a déjà été fait pour l'assurance-maladie en 2011 et pour 2012.

Il faut donc agir, aussi, sur les dépenses. En la matière, la problématique est si urgente qu'il est nécessaire d'agir sur l'ensemble des types de dépenses de notre protection sociale. Sans une telle action d'ensemble, conçue comme telle, les pouvoirs publics seraient forcés d'agir trop fortement sur l'un des éléments du système, ce qui ne serait pas conforme aux attentes de nos concitoyens.

Un autre principe, pour ce qui concerne spécifiquement l'assurance-maladie, devrait être de ne plus piloter seulement par un objectif de dépenses. Ces dernières années, les gestionnaires ont mis en avant que l'ONDAM avait été respecté, mais cet objectif a été considéré indépendamment de l'évolution des recettes. Or, c'est aussi un objectif de solde qui doit fonder le pilotage. Lorsque le PIB a chuté de 2,5 % en 2009, le fait d'avoir maintenu l'ONDAM à 3 % était certes méritoire, mais cela a mécaniquement creusé un déficit supplémentaire de l'ordre de l'ordre de 4% -et ce déficit a un caractère structurel puisque la chute enregistrée en 2009 par rapport au trend de croissance ne sera vraisemblablement jamais effacée. Il faut donc revoir profondément l'objectif de pilotage, c'est-à-dire, en définitive, la gouvernance du système.

Du côté des recettes, l'ampleur des besoins est telle qu'il faudra nécessairement consentir à faire appel à plusieurs types de financement. Quelles que soient les critiques qui puissent être adressées à la protection complémentaire, j'appréhende que, à un moment où l'on aura besoin de financements supplémentaires, l'on puisse prétendre se priver d'un moyen existant ou potentiel de financement de la protection sociale et tout miser sur la protection obligatoire et les prélèvements obligatoires. Sur la dépendance, le cycle de vie, les retraites, il faut miser – au moins partiellement – sur l'épargne longue, destinée à permettre à nos concitoyens de se prémunir contre ces risques, en réorientant en conséquence les avantages consentis à l'assurance-vie. Bien entendu, il faudra veiller à l'équité, à la justice sociale. Pour ce qui concerne les prélèvements obligatoires, un axe indispensable est l'élargissement ou le déplacement de leurs assiettes pour tenir compte des nécessités urgentes de la compétitivité.

III. Elargir la gouvernance

Ce que je voudrais souligner, c'est que, malgré l'ampleur des difficultés, tout ce que je viens d'évoquer, tout ce qu'il reste à réaliser, n'est pas impossible. Les efforts que cela suppose doivent être relativisés : en maniant simultanément l'ensemble des leviers de recettes et de dépenses, la problématique n'est pas d'une ampleur telle qu'elle ne puisse être résolue. Simplement, je crois qu'il faut affronter la réalité, bien poser le diagnostic, ne pas s'orienter vers de fausses solutions. Des exemples étrangers, pas seulement l'exemple allemand, prouvent qu'il est possible de renverser une situation difficile en quelques années seulement.

Tout est donc possible, dès lors que la volonté en existe mais aussi que la gouvernance d'ensemble du système est bien assurée. Dans la période récente, le système d'assurance maladie a évolué selon une double désarticulation : celle de son financement et, dans le même temps, celle de la protection maladie pour bon nombre de nos concitoyens, source d'inégalités, et de problèmes d'accès aux soins. C'est l'indice d'un problème de gouvernance. Alors même que les difficultés s'amplifiaient et que leur dimension s'élargissait, la base de la gouvernance a plutôt eu tendance à se rétrécir. Le rôle de nombre de partenaires, qu'il s'agisse des partenaires sociaux, des représentants des patients ou des organismes impliqués dans la gestion des systèmes – par

exemple les complémentaires–, s'est rétréci. Pour ma part, je pense que, devant des problèmes aussi importants, la solution passe par un élargissement de la base de concertation, de dialogue et de gouvernance.

La vision politique de l'UMP, du Parti Socialiste, du Nouveau Centre et d'EELV

I. Point de vue de l'UMP : Yves BUR, Député du Bas-Rhin

Il y a quelques jours, l'Ambassadeur d'Allemagne m'a transmis un document rappelant qu'en 2004, les grands hebdomadaires de ce pays titraient : « *Deutschland : Exports Weltsmeister* », « L'Allemagne championne du monde des exportations », avec en bandeau : « *...de places de travail* ». A l'époque, l'on s'apprêtait à dire « bye-bye » au *Made in Germany*. Cela me donne l'impression que l'Allemagne était alors dans la situation où nous nous trouvons aujourd'hui, en proie aux mêmes doutes. Son exemple nous montre qu'il est possible de s'en sortir en appliquant des solutions appropriées.

Le constat dressé par M. Babusiaux et par la Cour des Comptes est constant, depuis quelques années. La majorité politique actuelle va s'efforcer de prendre en compte un certain nombre de ses recommandations, même si ce n'est pas toujours facile. Je pense néanmoins qu'au cours des cinq dernières années, qui ont été marquées par la crise, nous avons fait le choix du maintien de la solidarité malgré les difficultés de l'économie et la baisse des recettes de la protection sociale, celui-ci pouvant ainsi continuer à jouer son rôle de stabilisateur. Le problème est qu'aujourd'hui, à la sortie de cette crise, nous nous retrouvons avec un endettement beaucoup plus important, qui traduit une sorte de démission collective, consistant à traiter par la dette ce que nous devrions traiter en direct chaque année. Je suis de ceux qui pensent que la vocation d'un pays n'est pas de transmettre des dettes à ses enfants, mais de leur permettre de se construire un avenir.

Par rapport à la situation qui vient d'être décrite en introduction, quels financements durables pouvons-nous proposer et construire, pour le système de santé tout d'abord, et plus généralement pour la protection sociale toute entière ?

Revenons sur quelques fondamentaux. Premièrement, les dépenses de santé, comme les dépenses de retraite, sont des dépenses courantes. Elles ne doivent, à ce titre, pas être financées par la dette. Deuxièmement, les dépenses de santé ne peuvent rester durablement supérieures à la création de richesse. Il faut cesser de croire en leur caractère supérieur et au fait qu'elles peuvent s'exonérer de tout lien avec la croissance. Troisièmement, il faut en revenir à une idée simple : les dépenses de santé doivent être médicalement utiles et efficaces. Enfin, il convient de rappeler aux Français que la santé a un coût, qu'ils doivent accepter de payer, mais aussi leur rappeler que ce coût ne doit surtout pas peser sur la compétitivité de l'économie. C'est l'une des leçons que nous devons tirer des rappels à l'ordre réguliers de la Cour des Comptes.

Le premier principe à appliquer serait de faire primer l'équilibre des finances sociales. Il conviendrait donc que nous nous imposions une règle sociale empreinte de bon sens, et une règle morale respectueuse de l'avenir de nos enfants. Pascal Beau l'écrivait dernièrement dans le n°1000 de la revue *Espace social* : « *La dette doit être considérée comme une défaite de la responsabilité sociale* », ce à quoi j'ai envie d'ajouter : « et politique », pour n'exonérer personne.

Comment retrouver une situation d'équilibre sur des périodes triennales ? Je reviendrai une nouvelle fois au modèle allemand, évoqué également par M. Babusiaux : face au déficit de leur système de santé, les Allemands n'attendent pas qu'il atteigne vingt ou trente millions d'euros. Dès que les perspectives d'un déficit pointent à l'horizon, ils se réunissent, discutent et prennent des mesures quasiment en temps réel, espérant qu'elles produiront leurs effets dans les dix-huit mois suivants et pour une durée de deux ou trois ans. Grâce à cela et à la situation exceptionnelle de l'économie allemande, l'excédent du système de protection sociale allemand dépasse aujourd'hui les quinze milliards d'euros. Je crois que nous devons nous inscrire dans une telle perspective.

Le deuxième principe consiste à doter la protection sociale d'un financement durable et suffisamment dynamique, qui doit impérativement épargner la compétitivité de l'économie française. Il devra ainsi reposer le moins possible sur le travail et donc, sur les entreprises. A mon sens, la CSG représente la colonne vertébrale de ce financement fiscalisé. Nous devons nous habituer à un financement fluctuant, selon l'évolution de la situation économique du pays. En 2012, le déficit prévisible est de 6 milliards d'euros, ce qui représente 0,5 point de CSG. Si la situation économique s'améliore, cet impact sera moindre, et *vice-versa*. Cependant, il faut bien voir que ces prélèvements interviendront toujours à contretemps des cycles économiques. Mais là encore, les Allemands ont pratiqué ces mesures dans des périodes de difficultés économiques, de croissance faible.

Le troisième principe est de fixer le niveau d'équilibre requis pour assurer une croissance du PIB « raisonnablement possible ». Or nous savons que, dans les conditions actuelles de son organisation, de la structure de sa sphère publique et de son économie, la France devrait connaître une croissance cantonnée entre 1 et 1,5 %. Tel a globalement été le cas au cours des dix dernières années. Je pense que nous devons organiser le financement de notre protection sociale en conséquence. Si la croissance s'avère supérieure, par l'effet de réformes structurelles et d'un changement de modèle d'organisation de l'Etat, des excédents pourront être dégagés, qui pourront servir de matelas pour les périodes difficiles.

La mise en œuvre de tels principes suppose de mener des réformes structurantes, nous permettant de dépasser ce niveau moyen de 1 à 1,5 % de croissance annuelle sur le long terme. Pour cela, il faudra « re-profiler » le secteur public, qui vit au-dessus des moyens du pays et s'avère beaucoup plus coûteux que son homologue allemand, pour un service rendu identique. Il faudra peut-être le réorganiser pour une meilleure efficacité, ce qui passera par la décentralisation. Enfin, il faudra libérer l'économie du carcan normatif actuel, qui ne fait que produire de la complexité pour les entreprises et grever leur compétitivité.

J'ajouterai un quatrième principe : la maîtrise des dépenses. M. Babusiaux l'a indiqué, il faudra faire en sorte d'améliorer l'efficacité de nos dépenses, qui est inséparable d'un financement automatisé. Cette efficacité de nos dépenses passera par une meilleure efficacité de l'organisation du système de santé, du parcours de soin et de l'accès aux soins. Refuser l'efficacité revient à refuser le caractère d'intérêt général de notre protection sociale.

Le cinquième principe, enfin, est de redonner du sens à la contribution des Français au financement de leur protection sociale. Aujourd'hui, le Président de la République a choisi de ne pas augmenter les prélèvements obligatoires type CSG. Il a préféré mobiliser toutes les autres ressources possibles, ce qui a parfois été source d'incompréhension. Je crois que nous devons

repenser le financement de la solidarité, notamment face à la maladie. Nous devons le faire afin que les Français comprennent bien que la santé a un coût et que celui-ci doit être assumé.

De ce point de vue, la réforme des retraites est un cas emblématique : nous avons trop attendu pour l'engager. Aujourd'hui, cela est fait, et c'est un réel soulagement pour le pays et pour son économie de savoir que les besoins de financement du système de retraite sont à peu près assurés jusqu'à l'horizon 2018. Il faudra sans doute la remettre sur l'établi d'ici là, mais je crois que nous devons, plus largement, apprendre à mener les réformes qui s'imposent en temps voulu. Il s'agit là d'une partie du problème français. Comme l'a dit Voltaire : « *la France arrive tard, mais elle arrive toujours* ». Aujourd'hui, je souhaiterais simplement qu'elle arrive un peu plus tôt.

II. Point de vue du Nouveau Centre, Jean-Luc PREEL, Député de Vendée

La santé est l'une des priorités des Français, mais elle est, hélas, cette année encore, quasiment absente du débat de l'élection présidentielle. Notre pays est pourtant confronté à des problèmes majeurs : l'absence du développement de la prévention, l'égal accès de tous à des soins de qualité, la formation des professionnels, la démographie, la répartition territoriale des praticiens de santé, et leurs dépassements d'honoraires, parfois. Certes, les dépenses de santé sont appelées à augmenter, ce qui pose le problème du financement du déficit. Cependant, il faut rappeler que les dépenses de santé ne se perdent pas dans un puits sans fond, qu'elles ne servent à rien. Si elles servent, en première instance, à soigner, à guérir, à prévenir, elles participent, en deuxième instance, à la croissance du pays, au financement des professionnels de santé et du secteur industriel.

Le financement du système de santé est un sujet essentiel pour les Centristes. Cette année, j'ai défendu le fait que la première priorité devait être d'établir la « Règle d'Or sociale », consistant à voter chaque année une loi de finances de la Sécurité Sociale en équilibre, afin de ne pas laisser à nos enfants le soin d'avoir à assurer le financement de nos propres dépenses. Si tout le monde est d'accord avec cette idée, personne ne l'a reprise, y compris les journalistes. Elle aurait pourtant permis de donner un signal fort au niveau international, d'autant plus que son application n'était pas impossible : il aurait suffi de transférer le déficit prévisionnel 2012 à la CADES et d'augmenter la CRDS de 0,05 % pour assurer l'équilibre de la loi de financement de la Sécurité Sociale dès cette année. J'ai plaidé en faveur de cette solution, mais sans doute ai-je eu raison trop tôt.

Pour ne pas laisser le déficit s'accroître chaque année, il convient de poursuivre la réforme des retraites. Je suis favorable, pour ma part, à un régime de retraites universel, à points, géré par les partenaires sociaux.

Pour la santé, il faut agir à la fois sur les dépenses et sur les recettes, comme l'a indiqué M. Babusiaux. Les dépenses sont appelées à augmenter, avec le renchérissement du prix des traitements les plus récents, qui sont aussi les plus complexes.

Il faut, bien sûr, rechercher l'efficacité : chaque euro dépensé doit l'être à bon escient. Sur ce point, des progrès sont possibles grâce, sans doute, à une meilleure coordination et à une meilleure répartition des tâches entre les professionnels. Nous avons, surtout, des gains à réaliser dans le secteur hospitalier. Pour cela, il faudrait faire évoluer le statut de la fonction publique, pour développer la notion de « contrat ». Cela permettrait d'optimiser l'utilisation des

équipements médicaux onéreux, comme les IRM et les scanners. Je plaide pour des contrats d'objectifs pour les praticiens, notamment. Mais il est également indispensable de développer les « bonnes pratiques médicales » à l'hôpital, en comptant sur la HAS. La nouvelle convention médicale constitue un progrès de ce point de vue, puisqu'elle lie une partie de la rémunération à la performance. Il s'agit là d'une piste intéressante pour améliorer, demain, l'efficacité de la santé.

Il faut, en outre, responsabiliser tous les acteurs. Je plaide depuis longtemps pour la création « d'ORDAM » gérés par les Conférences régionales de Santé, dans lesquelles tous les acteurs de la santé – associations de patients et professionnels – devraient se retrouver.

Nous pourrions également réaliser des économies sur le long terme en développant la prévention. Mais il faut savoir qu'elle ne permettra pas la réalisation d'économies à court terme, au contraire : elle entraînera, dans un premier temps, des dépenses supplémentaires.

Pour les Centristes, il sera nécessaire de mobiliser de nouveaux modes de financement basés sur la solidarité nationale. Le plus simple sera, sans doute, d'agir sur la CSG, en ajustant son taux en fonction des besoins : ce serait une CSG « flottante ». Les Français étant très attachés à la santé, ils devraient accepter de payer pour assurer la qualité de leur système de santé.

Certains veulent augmenter le reste à charge pour responsabiliser les patients. Nous pensons qu'il pourrait éventuellement être remboursé par les complémentaires, dont les cotisations augmenteraient alors, ce qui ne garantirait pas la solidarité. Je m'élève donc contre les transferts opérés, ces dernières années, vers les complémentaires et contre l'augmentation du reste à charge, concrétisé par les franchises médicales. L'une des dernières erreurs que j'ai pu constater cette année est d'avoir sorti l'hypertension artérielle des affections de longue durée. Or si l'on ne les soigne pas bien d'emblée, nous aurons à faire face, demain, à des complications qui seront encore plus coûteuses à traiter. De plus, l'augmentation du reste à charge peut conduire à des renoncements aux soins, ce qui est inacceptable. Je souhaiterais plutôt que l'on mette en place une « aide personnalisée à la santé », similaire à l'APL, qui serait une aide inversement proportionnelle aux revenus pour financer la complémentaire de son choix. Ce système éviterait tout effet de seuil.

Certains ont évoqué le « bouclier sanitaire », consistant à ne rembourser qu'au-delà d'une certaine somme, de l'ordre de 600 à 1 000 euros. Selon moi, ce système poserait deux problèmes :

- s'il prend en compte les revenus de la personne, il reviendrait sur le fonctionnement éthique de notre protection sociale actuelle, qui veut que l'on soit soigné selon ses besoins et que l'on paie selon ses moyens ;
- prendrait-il en compte les dépenses dentaires, d'optique et les dépassements d'honoraires ? Si tel n'était pas le cas, l'on instituerait deux restes à charge cumulés, ce qui serait difficilement « vendable » politiquement. Si tel était le cas, les Mutuelles seraient certainement vouées à disparaître.

III. Point de vue d'Europe Ecologie–Les Verts, Jean-Luc VERET, Président de la Commission Nationale Santé

1. Le passage d'une logique assurantielle à une logique de « politique de santé »

A l'issue de la Seconde Guerre mondiale, nous avons construit, en France, une politique de solidarité qui constituait un grand et bel enjeu, une œuvre humaniste après la barbarie, le fascisme et la guerre. La Sécurité Sociale, à sa création, visait à protéger les citoyens contre les différents risques pouvant les empêcher de gagner leur vie. Plus particulièrement, l'assurance-maladie avait pour but d'assurer un revenu de remplacement aux salariés empêchés de travailler du fait d'une maladie. Cette conception assurantielle était justifiée par sa mission et justifiait elle-même une cotisation prélevée sur les salaires ainsi qu'une gestion paritaire.

Par la suite, la situation sanitaire et politique du pays s'est profondément modifiée, mais l'on n'a pas adapté les structures de la protection sociale. Les dépenses liées aux arrêts maladie sont devenues marginales dans le budget de la Sécurité Sociale, le cœur des dépenses correspondant aux soins médicaux, voulus accessibles au plus grand nombre, et pour tous, y compris les non-cotisants : jeunes enfants, personnes âgées... La notion de fonctionnement assurantiel pour assurer un revenu de remplacement a également été assez vite dépassée.

Nous aboutissons aujourd'hui à de nombreuses contradictions, qui font que la Sécurité Sociale se trouve dans une situation inadaptée et discordante. En effet, s'il s'agit d'assurer les soins pour l'ensemble de la population au titre de la solidarité nationale, l'on sort de la logique assurantielle selon laquelle une cotisation donne droit, ensuite, à une prestation. De plus, la santé est une aventure collective. Nous avons sans doute intérêt à soigner tout le monde, y compris pour assurer la santé de chaque individu. Les exemples le justifient sont nombreux, à commencer par les maladies infectieuses. Enfin, il s'agirait de passer d'une politique « d'assurance-maladie » à une politique de « santé » visant à accompagner une population le plus longtemps possible dans le bien-être et non, uniquement, de « réparer la casse » au moment où la maladie survient. La situation sanitaire est de plus en plus liée à la civilisation, au mode de vie et à l'environnement.

2. La fin des illusions

Pendant ce temps, les Français se sont de plus en plus nourris d'illusions. La première est l'affirmation selon laquelle nous avons le meilleur système de santé au monde, en écho au classement opéré par l'OMS en l'an 2000. Cela nous a fait oublier que ce système présentait un mauvais rapport qualité-prix et que l'on assistait à une dégradation des conditions de vie et de santé avec, particulièrement, une augmentation des inégalités sociales de santé. Le Président de la République, Nicolas Sarkozy, commet selon moi une erreur magistrale en affirmant que les jeunes d'aujourd'hui deviendront pour la plupart centenaires. Je pense que cela est faux, et que nous le savons pertinemment dès aujourd'hui. Ceux qui ont aujourd'hui cent ans ont vécu leur jeunesse avant la Seconde Guerre mondiale, à une époque où la pollution était bien moindre, où la suralimentation n'existait pas et où le stress était moins important, ou de nature différente. Aujourd'hui, les conditions de vie et les conditions alimentaires se dégradent, cependant que la pollution s'aggrave. Les générations actuelles ont donc toutes les chances de vivre moins vieilles que les générations précédentes. L'espérance de vie plafonne et commence même à diminuer aux Etats-Unis et dans un certain nombre de pays. Tel sera également, probablement, le cas en

France : nous avons atteint le sommet de la courbe. Le discours selon lequel « nous avons la meilleure médecine du monde parce que l'espérance de vie augmente » va devenir caduc.

En parallèle, les inégalités sociales de santé, les inégalités hommes/femmes, les inégalités entre régions n'ont pas été résolues par notre système de santé. Il faut à présent s'en préoccuper sérieusement : nous ne pourrions maîtriser le système sans maîtriser également les inégalités.

Les maladies liées aux modes de vie et à l'environnement arrivent sur le devant de la scène : elles augmentent plus rapidement que les progrès de la médecine. Il ne suffit donc plus d'attendre la réalisation de ces derniers pour résoudre les questions posées par les maladies de civilisation. Il convient de mettre en œuvre une autre logique. La crise est structurelle et non conjoncturelle.

3. Les contradictions de la Sécurité Sociale

Dans ce contexte, la Sécurité Sociale est au centre d'importantes contradictions. Le déficit de l'assurance-maladie correspond, à peu près exactement, à l'augmentation du coût des maladies chroniques sur une quinzaine d'années : 10 milliards d'euros par an. Si l'on avait conservé le taux de maladies chroniques d'il y a douze ou quinze ans, il n'y aurait aujourd'hui aucun déficit de la Sécurité Sociale.

De plus, la hausse des coûts de la Sécurité Sociale ne s'accompagne pas, dans la situation actuelle, d'une amélioration de la santé et d'une baisse des inégalités.

Egalement, la gestion par la dette constitue une contradiction très importante. J'y ajouterai qu'elle procède, selon Europe Ecologie – Les Verts, d'une démarche inverse du développement durable. Par définition, en effet, celui-ci vise à permettre aux générations suivantes de vivre de la même manière et de bénéficier des mêmes avantages que les générations actuelles. Or les dettes de fonctionnement que nous avons accumulées consistent à remettre aux générations suivantes le fonctionnement actuel. Il faut donc arrêter de parler de développement durable tant que l'on fonctionne sur la dette. De fait, en 2010, l'on a accumulé quatre années de remboursements supplémentaires pour assurer une année de fonctionnement : le remboursement de la CADES a été repoussé de 2021 à 2025.

4. Des choix non exprimés, mais bien réels

Entre Beveridge et Bismarck, l'on a fait semblant de ne pas choisir et le résultat global s'avère désastreux. Actuellement, l'on organise en effet une concurrence déloyale entre l'hôpital public et les cliniques privées, avec la convergence tarifaire. Sous couvert d'Etat-Providence, l'on sert des intérêts privés et des corporatismes : l'industrie pharmaceutique, l'agroalimentaire, la médecine libérale sont des enjeux qui vont au détriment des objectifs de santé publique.

Je citerai un exemple troublant, qui a trait au mode de fonctionnement de la Sécurité Sociale jusqu'ici : en effet, elle n'a été responsable que des dépenses, mais non des recettes. Ce n'est pas ainsi que l'on peut gérer un budget. Nous avons cru inventer un hybride génial, plus que les autres, mais à mon avis, nous avons plutôt inventé une chimère qui n'a pas démontré son efficacité.

Face à cette situation, la solution n'est pas, selon moi, de fermer les yeux et de laisser le système aller droit dans le mur, de laisser la Sécurité Sociale se retrouver en cessation de paiement et devoir céder la place au « renard libre dans un poulailler libre », avec la hausse des inégalités qui va avec. Je ne saurais bien évidemment préconiser la suppression de la politique de solidarité.

Nous ne sommes pas résignés à laisser pourrir la situation, comme le souhaitent secrètement ceux qui attendent la faillite de la Sécurité Sociale. Il faut restaurer le rapport qualité/prix du système de santé français, améliorer la situation sanitaire, mettre fin au recul de l'accès aux soins et à l'accroissement des inégalités sociales de santé, et ne plus faire peser le coût financier de la santé sur le seul travail pendant que d'autres revenus ne participent pas à la solidarité nationale.

5. Propositions

Que proposons-nous ? La première de nos propositions est de procéder à une grande réforme fiscale. Le système actuel est devenu trop lourd et complexe, si bien que l'on en a perdu le sens. Avec cette réforme, la solidarité nationale serait réaffirmée et les ressources nécessaires à celle-ci seraient mobilisées par l'impôt, mais un impôt portant sur l'ensemble des revenus. Nous proposons ainsi une fusion de l'impôt sur le revenu et de la CSG ; l'inclusion des dépenses de protection sociale dans cette masse financière ; la sanctuarisation des dépenses de santé dans le budget, de telle sorte que celui-ci ne serve pas à résorber d'autres déficits. Cela permettrait de régler la question de la masse salariale et de la compétitivité du travail.

Notre deuxième proposition est de rendre le système de santé gouvernable dans l'intérêt général et plus seulement dans l'intérêt particulier, par la décentralisation, la régionalisation et l'irruption du pouvoir des citoyens-usagers organisés. Il faut donner davantage de poids à l'ensemble de la population, en donnant aux usagers des moyens d'expertise et de représentation. Nous proposons également de transformer les Conférences régionales de Santé, qui exercent une mission consultative, en Conseils régionaux de Santé, démocratiquement composés et dotés d'un réel pouvoir de gestion des « ORDAM », à l'échelle régionale. L'on inverserait donc la hiérarchie entre les ARS et CRS.

Notre troisième proposition vise à enrayer la montée des maladies chroniques. Il est possible de changer des choses à court terme. Par exemple, la prise en charge du diabète occasionne actuellement 12,5 milliards d'euros de dépenses par an. Si l'on parvenait à réduire de 10 % les cas de diabète, l'on pourrait donc dégager 1,25 milliard d'euros par an. Les remboursements de médicaments représentent, quant à eux, 40 milliards d'euros par an. Cette masse financière est telle que même en la réduisant marginalement, l'on pourrait réellement changer les choses.

Par ailleurs, l'on pourrait se fixer des objectifs à relativement court terme : modifier les habitudes alimentaires des enfants serait effectivement plus facile que d'agir sur celles des adultes, et aurait des effets sanitaires plus rapides. Mais cela induirait des changements de modes de vie et d'environnement.

Notre quatrième proposition est de diminuer le reste à charge des usagers : considérer que la responsabilisation consiste à faire payer les gens n'est pas une solution. Le seul effet est de faire reculer les soins. Nous avons été très inventifs, entre les forfaits, franchises, dépassements d'honoraires. Pourtant, plus la crise économique durera, plus la nécessité se fera sentir de revenir à une couverture sociale, en particulier pour les soins simples.

Cinquièmement, je pense également que si l'on veut pouvoir prodiguer des soins gratuits, accessibles à tous, il faudra poser la question de la maîtrise des dépenses accordées aux soins, en maîtrisant d'abord les soins inutiles. De ce point de vue, la refonte de la formation médicale et de l'information sur les médicaments est indispensable. De même, la coordination des soins par la médecine générale n'a jamais été tentée complètement, pour des raisons d'influences corporatistes et politiques. Il faut rationaliser le système de soins sans rationner les soins.

Notre sixième axe consiste à définir démocratiquement des objectifs de santé publique à partir des CRS et de l'Assemblée Nationale, qui nous permettraient de gouverner le système non plus en fonction d'intérêts corporatistes ou d'une logique financière, mais de réels intérêts de santé publique.

6. Clarifier les choix entre solidarité et libéralisme effréné

Nous avons à nous réapproprier les choix politiques en revalorisant le rôle du Parlement, en définissant des priorités de santé régionales dans des Conseils régionaux de Santé. Je crois qu'une réforme en profondeur est possible et indispensable pour retrouver une politique de solidarité qui fasse sens. La situation financière du système va nous contraindre à clarifier les choix entre solidarité et libéralisme effréné ; entre dépenses liées à des objectifs de santé publique et dépenses servant des intérêts privés et corporatistes.

Claude LE PEN

Je suis surpris par votre affirmation concernant la diminution à venir de l'espérance de vie. J'ai participé au groupe de perspective démographique de l'INED, qui a montré qu'au contraire, elle continuait à augmenter. De plus, les centenaires qui sont nés en 1912, qui ont traversé deux Guerres mondiales, une crise économique mondiale et des guerres coloniales, ne me semblent pas avoir eu une vie moins stressée que celle des bébés qui naissent aujourd'hui. De fait, la démographie des centenaires reste aujourd'hui en forte augmentation.

Jean-Luc VERET

Les générations actuelles sont plus nombreuses.

Claude LE PEN

Oui, mais d'un autre côté, les personnes nées en 1912 sont arrivées dans un contexte marqué par les maladies infectieuses. Il n'y avait aucun antibiotique et l'épidémie de tuberculose faisait rage. La France était couverte de sanatoriums et la mortalité infantile était l'une des pires au monde. Aujourd'hui, c'est la meilleure au monde, après le Japon. En tout cas, une chose est sûre : l'espérance de vie ne plafonne pas.

IV. Point de vue du Parti Socialiste Marisol TOURAINE, Député d'Indre et Loire

1. La santé, un bien supérieur

Selon moi, il ne fait aucun doute que la santé – et, plus largement, la protection sociale – est un bien public social et donc, à ce titre, un bien supérieur. Ce n'est pas pour autant contradictoire avec la nécessité d'apporter des réponses compatibles avec les capacités financières d'assumer cette responsabilité pour notre pays.

Du reste, ce caractère de bien supérieur de la santé explique la mise en place de politiques de solidarité, qui doivent selon nous être poursuivies, y compris dans des périodes comme celle que nous vivons, où les défis économiques sont extrêmement importants.

J'ajoute que pour nous, les dépenses de santé représentent des investissements sociaux, au même titre que les autres dépenses de solidarité. Pour autant, nous ne sommes nullement nostalgiques des années 1945-1946 : si nous pensons qu'il convient d'en reprendre les principes ayant guidé la mise en place du système de protection sociale, il ne s'agit pas de réinstaurer ce dernier tel quel.

2. Trois défis à relever

Le débat, aujourd'hui, est donc de concilier les principes de solidarité et les défis auxquels nous sommes confrontés, qui sont de trois ordres :

- le déficit : nous ne pourrions assumer dans la durée des déficits tels que ceux qui existent actuellement, même s'il est illusoire d'imaginer que les déficits existants seront résorbés en l'espace de quelques mois. Ce serait plutôt un objectif à se fixer sur la durée d'un quinquennat. Si nous devons perdurer dans cette situation déficitaire, nous signerions l'arrêt de mort du système solidaire, à terme ;
- le reste à charge : nous assistons, depuis quelques années, à un déplacement de celui-ci vers les complémentaires-santé. Or les Français sont de plus en plus nombreux à rencontrer des difficultés d'accès aux soins, qu'elles soient financières ou territoriales. Les solutions adoptées, fondées sur le déremboursement au nom de la responsabilité sociale, n'ont pas permis d'enrayer l'augmentation du déficit ;
- les évolutions sociales : le vieillissement de la population et, en corollaire, les régimes de retraite et la problématique de la dépendance.

Ces trois défis, il nous faut les relever, selon nous, avec une exigence d'acceptabilité sociale. En effet, si l'augmentation des prélèvements obligatoires ne devait porter que sur certaines catégories de la population – les classes moyennes –, celles-ci pourraient développer le sentiment de contribuer trop fortement à la solidarité nationale. La question de la progressivité de l'effort est clairement posée. Voilà pourquoi nous ne sommes pas favorables à l'instauration d'un « bouclier sanitaire ».

Claude LE PEN

Pour ma part, j'ai changé d'avis sur le bouclier sanitaire. Initialement, je pensais qu'il s'agissait d'une idée assez astucieuse, mais j'ai réalisé qu'au fond, une fois que l'on en a atteint les limites, il existe une sorte de « dépense déresponsabilisée ». Ce système reviendrait à ne faire porter la responsabilisation que sur la dépense. Et si l'on doit, *in fine*, prévoir de ne plus rembourser que la dépense nécessaire, pourquoi ne pas le faire dès le premier euro ?

3. Trois orientations pour le financement de la protection sociale

a. Les recettes

Marisol TOURAINE

Nous considérons que les recettes devront être consolidées dans le cadre de mesures spécifiques à la Sécurité Sociale, mais aussi dans le cadre d'une réforme d'ensemble de notre fiscalité, annoncée par François Hollande. Il s'agit :

- de remettre à plat les niches sociales, qui induisent un manque de recettes significatif ;
- de mettre à contribution les revenus du capital pour l'ensemble des prélèvements sociaux, sur les mêmes bases que celles appliquées aux revenus du travail ;
- d'envisager un rapprochement de la CSG et de l'impôt sur le revenu, en posant la question de la progressivité de la CSG, qui est, selon nous, l'instrument de financement privilégié de la protection sociale.

b. Les réformes de structure

Celles-ci sont essentielles et seront déterminantes, car nous en sommes aujourd'hui arrivés au terme de l'organisation actuelle de notre protection sociale.

Clairement, nous sommes favorables au développement :

- d'une politique de prévention, qui pourrait produire des résultats dans des délais significatifs ;
- de politiques agissant sur le coût du médicament en termes de prix, de demande, de niveau de consommation.

Nous considérons également qu'il faut revoir le financement de l'hôpital public, mettre fin à la convergence entre le privé et le public, redéfinir un mode de financement ne reposant pas uniquement sur la tarification à l'activité, telle qu'elle est aujourd'hui pratiquée, mais qui intègre plus fortement les missions de solidarité, d'intérêt général, de formation, de recherche et d'accueil de l'ensemble des patients, tout en tenant compte de l'efficacité des parcours thérapeutiques et des hospitalisations.

Pour ce qui concerne les soins ambulatoires, sujet majeur, nous sommes favorables à des contractualisations territoriales. Nous croyons à la territorialisation, qui n'est pas forcément synonyme de « régionalisation », en tout cas pour le contenu des politiques de santé. Nous sommes tout à fait favorables aux ARS, mais nous pensons que nous devons pouvoir contractualiser avec les acteurs de santé à un niveau infra-régional. Nous voulons une politique

ayant pour effet la prise en charge, par les professionnels de santé, de « patientèles » et non uniquement de patients. Nous voulons leur permettre d'assurer un réel suivi de populations, permettant de développer la prévention, cela à travers l'introduction d'une part accrue de rémunération forfaitaire par rapport à la rémunération à l'acte.

Enfin, nous pensons qu'il faudra mettre en œuvre une nouvelle réforme des retraites tenant compte des contraintes financières existantes, mais introduisant également une plus grande différenciation entre les situations individuelles et les parcours professionnels.

c. La gouvernance

Nous devons définir une nouvelle relation avec les organismes complémentaires, reconnaître la diversité et la spécificité de leurs différentes familles – en particulier la Mutualité française – et je pense que nous pourrions discuter de la manière dont ils permettront d'améliorer la couverture des assurés, en articulation avec l'assurance-maladie obligatoire, en définissant un certain nombre de critères. Aujourd'hui, le terme de « contrat solidaire et responsable » n'a plus guère de signification. Ce sera donc sur la nature, le contenu même de ces contrats qu'il faudra mettre l'accent afin de garantir une meilleure protection sociale à nos concitoyens.

Le financement de la protection sociale : un choix de société ?

Débat entre les professionnels et les politiques

Le point de vue des professionnels

Alain BAZOT, Président d'UFC-Que Choisir.

Etienne CANIARD, Président de la Fédération Nationale de la Mutualité Française

Philippe LE CLEZIO, Secrétaire Confédéral de la CFDT en charge des questions de financement de la protection sociale,

Gérard MENEROUD, Directeur Général Adjoint de CNP Assurances, Représentant de la FFSA,

Jean-François PILLIARD, Président de la Commission Protection sociale du MEDEF,

Jean-François PILLIARD

Si nous nous retrouvons largement dans le constat de la situation dressé par M. Babusiaux, je souhaiterais évoquer, en introduction de ce débat, la dimension de la compétitivité des entreprises, qui me paraît centrale, et partager quelques points de comparaison. De ce point de vue, je voudrais vous rappeler quelques éléments de comparaison avec l'Allemagne. Pourquoi un tel engouement pour notre voisin, modèle intéressant par certains côtés, mais questionnable par d'autres ? Parce qu'il est à la fois le principal client et fournisseur de notre pays. En cela, il constitue pour nous une référence intéressante.

Premièrement, sur la période 2000-2010, la France a perdu près de 25 % de parts de marché par rapport à l'Allemagne. C'est incontestable.

Deuxièmement, notre pays a enregistré, fin 2011, un déficit record de sa balance commerciale alors que, dans le même temps, celle de l'Allemagne était en nette progression. J'ajoute que la balance commerciale française est très largement tirée par la seule industrie aéronautique. Sans les ventes d'Airbus, qui constituent un atout considérable, le déficit serait encore beaucoup plus important. Par conséquent, notre balance commerciale est non seulement déficitaire en volume, mais également fragile structurellement.

Il existe de nombreuses explications à ce déficit de compétitivité accumulé ces dix dernières années. L'un de ces facteurs est l'incidence du financement de la protection sociale sur le coût du travail. De fait, en 2000, le coût horaire du travail était inférieur de 8 %, en France, par rapport à celui de l'Allemagne, alors qu'en 2008, selon les dernières statistiques connues, il le dépassait de

près de 10 %. Dans l'industrie, le coût du travail est à peu près identique, mais nous avons néanmoins perdu notre avantage compétitif.

La principale explication a trait à l'évolution des charges pesant sur le travail : entre 2000 et 2008, les charges annexes, dont les cotisations sociales patronales constituent la part la plus importante, ont augmenté de 39 % en France, contre seulement 2 % en Allemagne. Le haut niveau de taxation du travail ne fait donc que renchérir le coût du travail et pénalise la compétitivité-prix.

Finalement, ce haut niveau de taxation du travail pénalise l'ensemble des acteurs de l'entreprise : le chef d'entreprise lui-même, mais aussi le salarié, puisque cette politique affecte sa rémunération nette de manière très substantielle.

Il nous a paru intéressant, face à cette situation, de réfléchir sur d'éventuelles solutions afin de faire évoluer cette tendance très défavorable, qui affecte directement l'emploi. Nous avons posé quatre orientations.

La première consiste à articuler la réforme du financement de la protection sociale, quels qu'en soient les termes, avec un effort de réduction du rythme des dépenses sociales. En matière de maîtrise de ces dépenses, quelques axes d'actions peuvent être envisagés, parmi lesquels la prévention. Dans les pays nordiques, par exemple, des PME sont capables de mutualiser des infrastructures de santé et des infrastructures sportives au niveau d'un territoire ou d'une région, assurant ainsi à leurs salariés une hygiène de vie contribuant à diminuer l'impact des mesures correctives. Nous rejoignons tout à fait cette préoccupation d'amélioration substantielle de la prévention. Les entreprises ont un rôle important à jouer dans ce domaine.

Il n'en reste pas moins nécessaire d'agir sur la dépense. A ce sujet, je voudrais évoquer un exemple : il suffirait de fournir un effort de productivité de 10 % sur les politiques d'achats en milieu hospitalier pour dégager entre 1 et 1,4 milliard d'euros par an. Il serait relativement aisé de mettre en œuvre un tel acte de gestion, qui n'aurait aucune conséquence sur la qualité des soins.

Un autre axe, qui nous paraît responsables aux plans économique et humain, concerne les progrès de la médecine ambulatoire. L'Allemagne l'a très largement développée. Elle permet aux patients de rester dans leur environnement personnel et familial, à moindres coûts pour la collectivité.

La deuxième orientation que nous proposons porte sur la nécessité d'agir simultanément sur les cotisations employeur et salarié, sur la TVA et sur la CSG.

La troisième orientation est de réfléchir à l'équilibre entre logique assurantielle et logique de solidarité.

Enfin, notre dernière orientation consisterait à développer une vision sur le long terme. Nous considérons en effet que jusqu'à maintenant, quels que soient les responsables politiques en place, les problématiques du système de santé ont été, soit purement et simplement non gérées, soit gérées avec une vision « court-termiste ». Il nous paraît indispensable de créer les conditions d'un dialogue avec une vision de long terme sur ces sujets.

Selon le MEDEF, en définitive, il y a urgence à œuvrer pour que les réformes structurelles se mettent en place. Cela présuppose un dialogue respectueux avec l'ensemble des acteurs concernés.

Claude LE PEN

Vous avez évoqué l'efficacité des politiques d'achats hospitaliers. Il y a également une question de qualité du management : les hôpitaux publics sont regroupés au sein d'une grande structure d'achats ; pourtant, certains responsables de structures obtiennent parfois de meilleures conditions en direct, localement, que celles de la centrale d'achats collective. La résolution du problème ne passera pas uniquement par la création d'institutions : encore faut-il assurer une réelle qualité du management pour obtenir des institutions ce qu'elles sont censées donner.

Philippe LE CLEZIO

Je souhaiterais, pour ma part, formuler deux remarques préliminaires sur deux points abordés par mes prédécesseurs.

S'agissant des taux de prélèvements obligatoires, pour rappeler que les écarts entre les différents pays sont essentiellement liés, justement, au mode de financement et d'organisation de la protection sociale, ou plutôt à la définition de ces modes. S'agissant par exemple des retraites, en Allemagne, la moitié des pensions de retraite – correspondant, en quelque sorte, à nos complémentaires – sont versées directement par les entreprises, qui ont l'obligation de les provisionner. Mais comme le versement s'effectue sans passer par l'intermédiaire d'une caisse, les recettes correspondantes ne sont pas considérées comme des prélèvements obligatoires. Ce simple fait explique les trois quarts de l'écart de taux entre l'Allemagne et la France.

Seconde remarque, sur la question du coût du travail. Dans cette période de crise, la CFDT est plus que jamais consciente de la nécessité d'améliorer la compétitivité des entreprises, dont dépend directement l'emploi et, au final, le pouvoir d'achat des salariés. Mais pour nous, la compétitivité-coût n'est pas l'élément primordial expliquant les pertes de parts de marché de l'économie française. En effet, le coût du travail par unité produite demeure moins élevé en France que celui des grands pays européens et a évolué plus favorablement que celui de la plupart d'entre eux ces dix dernières années, à l'exception de l'Allemagne, où il s'est abaissé de dix points entre 2003 et 2007, grâce à une politique drastique de réduction des coûts salariaux et des prestations sociales. Celle-ci a eu des conséquences sociales très importantes : une augmentation du taux de pauvreté de trois points en quatre ans, pour atteindre 16 %, et une stagnation, voire une régression de la consommation intérieure, ce qui a rejilli sur l'ensemble des fournisseurs de l'Allemagne : la France, mais aussi l'ensemble des pays européens qui ont tous pâti de la politique allemande.

Faut-il aujourd'hui suivre l'Allemagne dans cette voie ? Pour la CFDT, cela est peu vraisemblable. Ce serait oublier que la compétitivité de son économie et de son industrie tient plus fondamentalement à sa spécialisation dans les biens d'équipement, pour lesquels existe une forte demande des pays émergents. Elle profite aussi, par ailleurs, d'une stratégie industrielle fondée sur la montée en gamme, dont elle tire parti à l'exportation dans les pays où s'est constituée une classe aisée nombreuse. Il n'y a finalement rien d'étonnant à ce que l'Allemagne ait été le premier pays à rebondir après le pic de la crise, en 2009, car elle a pu compter sur le rapide retour à la croissance des pays émergents.

La France se trouve dans une situation inverse de celle de l'Allemagne : elle est mal positionnée à l'exportation du fait d'investissements insuffisants dans la recherche, l'innovation, la formation et, plus globalement, dans la société de la connaissance. C'est bien dans ces domaines que les efforts doivent être accomplis et non au travers de mesures risquant de réduire le pouvoir d'achat des ménages et d'enrayer son seul moteur de croissance : la consommation. Voilà, entre autres, pourquoi la CFDT est opposée à la TVA sociale.

Je voudrais également préciser que s'il y a eu des augmentations de charges dans notre pays depuis dix ans, ce mouvement s'est doublé d'une augmentation considérable des exonérations de charges, représentant aujourd'hui 13 % des recettes attendues de cotisations.

J'en viens au cœur du sujet

Aujourd'hui, le financement de la protection sociale est au cœur d'enjeux importants :

- un enjeu sociologique, puisque les évolutions des modes de vie et de production ont profondément modifié les besoins de protection sociale : les risques liés à la maladie et à la famille sont devenus plus universels, les besoins de prise en charge des parcours accidentés demandent aussi un accès aux prestations plus universel et solidaire ;
- un enjeu financier : les régimes de protection sociale ne peuvent être durablement financés par du déficit, sauf à faire reposer notre santé, notre politique familiale et nos retraites sur les générations futures, ce que nous refusons ;
- un enjeu économique : la protection sociale soutient des pans entiers de l'activité économique, à commencer par celui de la santé, qui représente 10 % de l'emploi et plus de 9 % du PIB, ainsi qu'une part importante du revenu des ménages ;
- un enjeu social : la réduction des inégalités, l'accès aux soins, le niveau de vie des retraités et l'insertion des jeunes sont des enjeux de cohésion sociale exigeant de dégager un consensus fort pour pouvoir mobiliser des moyens significatifs.

Pour la CFDT, la question du financement ne peut être abordée dans sa globalité mais, au contraire, en distinguant les prestations selon leur nature :

- l'assurance, qui prédomine pour la couverture des prestations retraite et chômage et qui se traduit par le versement d'un revenu de remplacement ;
- l'universalité, qui prévaut désormais dans la prise en charge des prestations famille, maladie, perte d'autonomie, logement ;
- la solidarité, qui va de pair avec la notion d'universalité, caractérisant en premier lieu les prestations pauvreté et exclusion.

Pour la CFDT, le financement des prestations relevant de la dimension assurantielle doit principalement reposer sur des cotisations assises sur le travail. Celui des deux autres dimensions relève pour nous de l'impôt, plus précisément de contributions affectées prélevées sur l'ensemble des revenus, à l'instar de la CSG. Avec des nuances bien sûr sur lesquelles je reviendrai.

Nous voulons assurer une meilleure cohérence et lisibilité du financement de la protection sociale, qui est d'autant plus nécessaire que s'accroissent les besoins de financement pour faire face à la hausse des dépenses en raison du vieillissement de la population et des progrès techniques. Si l'on peut y répondre, dans le domaine des retraites, par une hausse de la durée de cotisation, l'on ne peut plus s'en remettre aux seules actions de maîtrise des dépenses lorsqu'il s'agit, entre autres, de la maladie, de la perte d'autonomie ou de l'exclusion, pour lesquelles la question de recettes supplémentaires se pose.

Loin de nous l'idée qu'il n'y aurait rien à faire en matière de maîtrise des dépenses de santé, bien au contraire : nous demandons, depuis des années, que l'on s'attaque de front à la réorganisation d'un système de soins miné par la mauvaise répartition des professionnels de santé et des services de soins sur le territoire ; que l'on affronte la question de la formation des prix du médicament ou du mode de rémunération des médecins, avec peu de résultats ces dernières années.

Mais nous disons aussi qu'il faut apporter des réponses sur le niveau des ressources alors que, partout dans le monde, la dépense de santé augmente du fait des gains d'espérance de vie et du progrès médical. La seule question qui vaille en la matière ne trouve aucune réponse dans les comparaisons internationales de taux de prélèvements obligatoires qui ont conduit à reporter la charge sur les ménages et sur les complémentaires : elle est de savoir quel niveau de prélèvements sur leur revenu les citoyens sont prêts à accepter pour financer une prise en charge collective et solidaire de prestations universelles plutôt que de tolérer qu'un cinquième d'entre eux finissent par renoncer à se soigner.

Pour la CFDT, le choix est clair : nous sommes favorables à une augmentation de la CSG.

Cet objectif de cohérence et de clarification – et non la seule question du coût du travail – nous conduit également à considérer que des transferts de ressources de cotisations vers l'impôt doivent être opérés, s'agissant principalement du financement des prestations maladie et famille qui ont acquis pour l'essentiel un caractère universel. Même si elle estime qu'une contribution des entreprises demeure justifiée du fait des externalités positives de l'action de la Sécurité Sociale dont elles bénéficient, mais aussi de leur responsabilité quant à l'état de santé des salariés du fait des conditions de travail qu'elles imposent, la CFDT considère qu'il existe une marge de manœuvre importante pour mettre en œuvre des transferts de cotisations patronales, maladie et famille, vers l'impôt.

Avec deux exigences préalables :

- que ce transfert soit négocié ; Il ne peut être question de baisser les cotisations patronales sans s'assurer que cette baisse n'ira pas grossir les dividendes des actionnaires.
- et qu'il soit réalisé à coût nul par les ménages. La baisse des cotisations doit être compensée par une hausse du salaire brut, permettant de payer plus d'impôts.

Le choix de l'impôt est crucial. Nous refusons la TVA. Nous militons en effet pour un rééquilibrage de la fiscalité au profit d'un impôt sur le revenu réformé, à même de réduire les inégalités. La TVA, au contraire, pèse plus sur les bas revenus, deux fois plus sur les 10 % de ménages ayant les revenus les plus faibles que sur les 10 % de ménages ayant les revenus les plus élevés. De plus, la TVA est un impôt général, dont l'affectation partielle à la Sécurité Sociale ne pourrait être

sanctuarisée. Pour la CFDT, il ne doit y avoir aucune confusion entre les ressources de la Sécurité Sociale et de l'Etat. Ce serait la porte ouverte à d'incessants arbitrages dont on peut craindre qu'ils se fassent largement au détriment de la protection sociale.

Nous choisissons donc la CSG, qui présente plusieurs avantages : elle concerne l'essentiel des revenus, les exemptions d'assiette étant très rares ; ses taux sont variables en fonction de la nature des revenus, ce qui permet éventuellement de moduler leur augmentation ; il s'agit pour le moment d'une ressource clairement affectée à la protection sociale.

Enfin, la CFDT est très circonspecte sur la question de la fusion de l'impôt sur le revenu et de la CSG alors que des questions essentielles n'ont pas été tranchées par ceux qui proposent cette fusion: l'IR est progressif, la CSG ne l'est pas : le nouvel impôt serait-il progressif ou proportionnel ? L'IR est assis sur les revenus du ménage, la CSG sur ceux des individus. Va-t-on appliquer les quotients familial et conjugal à la CSG ? Nous sommes quant à nous partisans de l'individualisation de l'impôt sur le revenu qui doit rester progressif. Une fusion, qui rendrait la CSG progressive, pourrait aboutir à faire contribuer les classes moyennes supérieures beaucoup plus que les bas revenus avec le risque qu'elles cherchent à sortir du système. Cette difficulté pourrait cependant être contournée en faisant commencer le barème du nouvel impôt à 8 % (en tenant compte de la CRDS) 8 % et non à 0 %,

Notre opposition tient surtout à la pérennisation des ressources de la Sécurité sociale. Le nouvel impôt devrait être partagé entre l'Etat et la Sécurité sociale. Le risque est grand que ce partage s'effectue au gré de la conjoncture, défavorablement pour le financement de la protection sociale. A ce stade, la CFDT se prononce donc contre la fusion de l'impôt sur le revenu et de la CSG. Elle ne réexaminera la question que si des assurances sont fournies sur l'individualisation du nouvel impôt et la sécurisation des ressources de la sécurité sociale.

Claude LE PEN

Mme Touraine, quel est l'état des réflexions, au Parti Socialiste, sur cette fusion de l'impôt sur le revenu et de la CSG ? Thomas Piketty l'a mise en avant ; François Hollande y a fait allusion. Qu'en est-il ?

Marisol TOURAINE

François Hollande a clairement indiqué qu'il y aurait un rapprochement des bases, mais que l'on ne pouvait envisager d'emblée une fusion, principalement du fait de la question du quotient conjugal, le plus difficile à maintenir techniquement dans un premier temps. Il faudra donc commencer par rapprocher les bases, harmoniser les taux avant d'envisager une fusion pure et simple.

Etienne CANIARD

Je voudrais faire quelques remarques générales.

Premièrement, il y a un relatif consensus sur le constat. Les divergences portent sur l'identification des leviers à actionner pour la faire évoluer. Selon la Mutualité Française, il faut faire preuve à la fois d'ambition et de réalisme.

Ambition pour assurer la pérennité du système. Je crains que celui-ci soit potentiellement en péril car l'inaction va conduire, un jour ou l'autre, à constater un niveau de déficit tel qu'il sera un argument décisif pour faire accepter un démantèlement du système. De fait, aujourd'hui, 40 % de la CRDS – qui est, je le rappelle, la Contribution au Remboursement de la Dette Sociale – concernent le service de la dette, autrement dit le paiement des intérêts. Nous sommes vraiment, aujourd'hui, engagés dans un enchaînement faisant que le poids de la dette, y compris sur le financement courant, augmente considérablement. Si nous ne mettons pas fin à cette situation, nous nous retrouverons dans une situation catastrophique qui servira de prétexte à des décisions qui pourraient mettre en cause notre modèle de protection sociale.

Il faut éviter de prolonger les tendances actuelles, marquées par :

- l'utilisation inappropriée de notre système de soins, la HCAAM chiffre par exemple à deux milliards d'euros le coût des hospitalisations inappropriées des personnes âgées, nous avons systématiquement recours aux modes d'intervention les plus lourds et chers – l'hôpital, notamment les urgences – au détriment de modes plus adaptés : médecine ambulatoire, médecine générale ;
- le retard dans l'accès aux soins, voire le renoncement aux soins, qui sont en augmentation, quels que soient les indicateurs observés.

Réalisme, car force est de constater qu'aujourd'hui, les régimes obligatoires ne sont plus suffisants, ce que nous déplorons. Il faut reconnaître que si l'on peut souhaiter une meilleure couverture des besoins sanitaires par le régime obligatoire, il paraît difficile, compte tenu des contraintes économiques, de prétendre pouvoir à la fois lutter contre les déficits, apurer l'endettement et rapprocher les tarifs de remboursement des prix réels, élément pourtant majeur.

En effet, la réalité est celle-ci : nous assistons à une accélération considérable du décrochage entre les taux de remboursement et les prix réellement pratiqués. Nous l'avons connu en optique et en dentaire, mais pourtant, en optique, il n'y a jamais eu de baisse des taux de remboursement. Simplement, la base des remboursements a été bloquée et l'on a laissé les prix s'en écarter, si bien que le taux de remboursement moyen par le régime obligatoire représente 4 %. Dans le dentaire, nous sommes passés en quinze ans d'un taux de remboursement moyen de 30 % à 18 % pour 2012 pour les prothèses dentaires. Ce niveau – extrêmement faible – semble se stabiliser, notamment sous l'effet de la contractualisation avec les complémentaires.

Par conséquent, l'opposabilité me paraît être l'un des éléments premiers à prendre en compte pour redonner du sens à notre système de protection sociale. Il paraît illusoire de mettre en place un bouclier sanitaire s'il s'appuie sur des remboursements sans rapport avec les prix pratiqués. Il est tout aussi illusoire d'envisager une remontée des taux théoriques de l'assurance-maladie s'ils ne correspondent pas aux taux réels. Par exemple, le taux de dépassement moyen des ORL ou des ophtalmologistes du secteur 2 est de 60 %. Cela signifie que, dans les faits, le taux de remboursement effectif du régime obligatoire passe de 70 % à 40 %, dans l'indifférence générale, alors qu'une baisse des taux de remboursement, même très inférieure à ce taux, provoquerait

inévitablement des manifestations protestant contre le démantèlement de notre système de protection sociale.

Mon cri d'alarme repose sur un constat très simple : nous assistons à une banalisation de comportements conduisant à vider totalement de son sens notre système de protection sociale, dans l'indifférence générale, alors que cela augmente l'exclusion des soins.

Dès lors, quels axes de réforme pouvons-nous envisager ?

Je ne reviendrai pas sur le financement, si ce n'est pour indiquer que je suis en accord avec l'analyse de la CFDT sur cette question, à la fois sur les solutions préconisées et sur la prudence dont il faut faire preuve lorsque l'on établit des comparaisons.

J'évoquerai tout aussi rapidement l'organisation de l'offre, car les véritables enjeux sont d'adapter notre intervention aux pathologies auxquelles nous avons à répondre, qui nécessitent autant d'accompagnement que de soins. Il faudrait donc faire des choix inverses de ceux opérés depuis des dizaines d'années en France : choisir d'emblée l'intervention la plus légère, la plus adaptable et non la plus lourde. Pour moi, la défense de l'hôpital consiste à lui redonner les missions qui sont les siennes. Il souffre aujourd'hui de porter sur ses épaules tout le poids de la désorganisation de la médecine ambulatoire, alors qu'il doit, dans le même temps, faire face aux défis prodigieux du progrès médical. Il faudrait faire des choix déplaçant le centre de gravité de l'hôpital vers la ville, des spécialités vers les généralistes, des généralistes vers le personnel soignant.

Je voudrais évoquer deux points importants, qui concernent les complémentaires, et qui sont des leviers importants pour réformer le système.

Le premier rejoint les remarques sur l'efficacité formulées par les précédents intervenants. L'efficacité implique de s'interroger, non seulement sur la solvabilisation des dépenses de soins, mais aussi sur la pertinence et pas seulement le prix de ces dépenses. Pour cela, il faut très clairement redonner aux complémentaires et, notamment, aux Mutuelles, toute leur place dans la contractualisation avec les professionnels de santé. Elles sont aujourd'hui considérées comme de simples variables d'ajustement financier et non comme un acteur capable de peser sur l'organisation du système. Or, par nature, le système conventionnel du régime obligatoire connaît des limites liées à son caractère monopolistique, à sa tendance à négocier des revenus avec les professionnels plus qu'une organisation des soins, à son incapacité – du fait de sa dimension nationale – de prendre en compte les dimensions territoriales, pourtant indispensables. Les complémentaires, pour leur part, n'ont pas encore prouvé toute leur efficacité dans ce domaine mais sont indispensables pour améliorer la régulation.

Le deuxième consiste à tirer les conséquences du fait que les complémentaires sont aujourd'hui indispensables à l'accès aux soins et donc un acteur incontournable pour parvenir à couvrir les besoins de la population. Si l'on reconnaît cette réalité, il faut organiser le marché des complémentaires. Clairement, nous ne pouvons pas accepter une logique dans laquelle, bien qu'étant un acteur indispensable à l'accès aux soins, il n'y aurait aucune contrainte permettant d'assurer un accès aux complémentaires, et une organisation cohérente de leur intervention. Ces contraintes sont un sujet de débat complexe, qui ne pourra s'ouvrir qu'en posant les bonnes questions, en s'interrogeant sur les excès liés à la segmentation des offres et sur le financement des « filets de sécurité ». De fait, la CMU complémentaire atteint ses limites dès lors qu'elle est

intégralement financée par une taxe sur les autres complémentaires, renchérissant le coût de ces dernières et créant des trappes à exclusion.

Claude LE PEN

Le Ministre de la Santé s'apprête à signer deux décrets, l'un visant à mettre en œuvre le secteur optionnel et l'autre incluant la prise en charge des dépassements optionnels dans les obligations des contrats responsables. Qu'est-ce que cela vous inspire ?

Etienne CANIARD

Quasiment tous les connaisseurs du système, y compris les syndicats médicaux, sont aujourd'hui opposés à ces décrets, que le Ministre signera avant le 22 mars si les termes de la loi sont respectés. En effet, les masques sont aujourd'hui tombés : l'on a présenté le secteur optionnel comme une réponse aux dépassements d'honoraires alors que tel n'est pas le cas. Le système que l'on veut nous imposer permet de solvabiliser, très faiblement, des dépassements d'honoraires existants. Or le Directeur Général de la CNAM a récemment chiffré le coût du secteur optionnel à 30 millions d'euros, alors que les dépassements d'honoraires médicaux en représentent 2,5 milliards. Comparer ces deux chiffres se passe de tout commentaire !

Je voudrais d'ailleurs rappeler que les professions de santé ayant aujourd'hui les revenus les plus confortables – les biologistes et les radiologues – sont celles qui respectent le mieux les tarifs conventionnels. L'importance des revenus de ces spécialités vient d'un effet volume lié à l'organisation et à la manière dont elles délèguent l'exécution de leurs actes. Aujourd'hui, l'on a complètement sacrifié la médecine générale et la clinique en général. Les premiers efforts de revalorisation doivent les concerner.

Gérard MENEROUD

Au cours des dernières années, la mise en place de l'UNOCAM a marqué un grand progrès. Elle manifeste en effet l'unité de fonction, de rôles et de missions de l'ensemble des organismes complémentaires.

Le débat qui nous réunit a montré qu'en matière de santé, il existait une demande d'universalité, de généralisation. L'une des réponses possibles à cela est de centraliser, d'étatiser, de recentrer tout cela sur le régime obligatoire.

Les obstacles financiers existant aujourd'hui empêchent d'offrir, de manière générale et universelle, la prise en charge de l'ensemble des frais de santé. Tel sera le cas pendant de nombreuses années, sauf à ce que nous retrouvions, en France, des taux de croissance similaires à ceux des pays émergents, ce qui est peu probable. Dès lors, la société devra opérer un véritable choix sur le niveau de solidarité qu'elle voudra introduire dans la prise en charge des soins de santé et dans l'ensemble de la protection sociale. Ce débat a été peu évoqué par la plupart des responsables politiques, et les organismes complémentaires n'ont pas pu l'incarner face au régime de base.

Il conviendrait pourtant de définir la part que l'on veut consacrer au financement de ce qui doit être socialement pris en charge par l'impôt et par la solidarité nationale.

Au-delà, un certain nombre de personnes manifestent la volonté d'organiser, soit une prise en charge individuelle, soit au travers de mutualisations, des solidarités plus restreintes que la solidarité nationale. Les organismes complémentaires en font partie. Ils n'expriment pas un libéralisme effréné, mais sont des acteurs en capacité d'organiser des solidarités et des mutualités à un niveau infra-national. Les sociétés d'assurances, les Mutuelles ou les institutions de prévoyance sont effectivement des gestionnaires de solidarité à un niveau plus restreint que le niveau national et ont, à ce titre, toute légitimité pour intervenir dans le champ de la protection sociale et, plus particulièrement, celui de la santé. Encore faut-il que leur rôle soit reconnu et accepté, pour qu'elles puissent contribuer à une meilleure organisation et économie générale du système.

Le débat mené au Parlement, visant à leur interdire toute possibilité de contractualiser et, ainsi, de peser sur les prix et d'organiser une plus grande efficacité et productivité du système de soins montre qu'il existe une perversion dans le rôle conféré par l'ensemble de la société aux organismes complémentaires dans le cadre de la protection sociale.

Par ailleurs, la CMU et la CMU complémentaire ont été des moyens permettant de faire prendre en charge par la solidarité nationale l'accès aux complémentaires, indispensables à une bonne couverture des soins. En revanche, il n'est guère logique d'en faire porter le financement uniquement sur les complémentaires.

Il convient, également, de remettre en avant la question du revenu de remplacement, qui portait, à l'origine, une bonne partie du système de Sécurité Sociale. Or cette problématique a été largement obérée au profit de celle du remboursement des soins. Pourtant, elle est indispensable à une bonne cohésion sociale, car elle permet de maintenir l'insertion des personnes dans le tissu social, sans aucun déclassement. A ce niveau, les organismes assurantiels sont tout à fait aptes à intervenir, soit au travers de contrats individuels, de règlements mutualistes, soit au travers de contrats collectifs organisés par les entreprises. Dès lors, il y a une forte logique à prévoir un lien entre les entreprises et ce type de prestations.

Claude LE PEN

Seriez-vous favorable à une universalisation des complémentaires-santé, par exemple sur la base d'un « panier de soins », type CMU ?

Gérard MENEROUD

La tentation du régime de base de vouloir organiser ce qui ne relève pas de sa compétence, alors même qu'il n'a pas totalement démontré son efficacité dans son domaine de prédilection, pose question selon moi.

Etienne CANIARD

J'ai du mal à comprendre que l'on fasse passer les intérêts institutionnels ou les logiques de défense de territoires avant l'accès aux soins des Français. Aujourd'hui, l'enjeu est de faire en sorte que notre système de soins reste universel. Si l'on évolue vers un système instituant des filets de sécurité, qui seraient des compléments au régime obligatoire, sous conditions de ressources, et que l'on ne laisse pas les complémentaires organiser une intervention la plus mutualisée possible, nous aboutirons à un système régi par une seule préoccupation : la solvabilisation, mais non celle de l'organisation et de l'efficacité.

Alain BAZOT

Pour les associations de consommateurs, comme l'UFC-Que Choisir, le sujet de la protection sociale est assez récent dans la mesure où, à l'origine, celle-ci procédait d'une gouvernance paritaire. Les consommateurs n'étaient pas autour de la table des discussions. Pendant longtemps, le sujet de l'accès aux soins et du paiement de ceux-ci n'a pas été consommériste. Il l'est devenu suite au recul du socle de l'assurance-maladie et au recours croissant aux complémentaires-santé. Egalement, un nombre sans cesse croissant de soins ont été payés directement par le consommateur et n'ont donc plus été intégrés à la mutualisation. C'est la raison pour laquelle une association de consommateurs comme la nôtre n'a pas d'expertise historique très forte, notamment sur l'ensemble des enjeux de la protection sociale. En revanche, l'accès aux soins a toujours été un sujet majeur pour elle.

Dans les enquêtes que nous menons auprès des consommateurs, nous avons constaté que l'accès aux soins faisait bien partie des grandes priorités de nos concitoyens. La santé est considérée comme un bien supérieur. Face à cela, et contrairement à ce que l'on pourrait croire, notre système de santé repose sur une intervention importante des usagers.

Nous estimons, à l'UFC-Que Choisir, qu'il faudrait faire cesser le désengagement hémorragique de l'assurance-maladie, car nous en sommes arrivés à un point de bascule, sur lequel il ne me paraît pas avoir une convergence de vues entre les différents intervenants qui se sont exprimés au cours de ce débat. Depuis 2004 et la réforme Douste-Blazy, en effet, le recul de la part des dépenses de santé prise en charge par l'assurance-maladie est revenue à celle de 1973, et l'augmentation du coût de la santé pour les ménages, c'est-à-dire les paiements directs d'actes ou les paiements des cotisations de complémentaires-santé a été exponentielle, représentant 6,7 milliards d'euros de 2005 à 2010, pour un total d'environ 42 milliards. Les dépassements d'honoraires ont eux-mêmes doublé depuis 1990, et les cotisations des complémentaires-santé ont explosé, du fait des taxes mais aussi de leurs frais de gestion.

Tout cela s'est fait sans véritable débat public, mais d'une manière extrêmement insidieuse. Il n'y a eu aucun débat démocratique et politique sur le choix du niveau de solidarité pris en charge par la collectivité et par les citoyens eux-mêmes, *via* l'impôt sur les revenus. Ce débat, il faudra pourtant l'organiser.

Les conséquences du recul de la solidarité nationale sont les suivantes :

- 10 millions de Français déclarent renoncer à des soins pour des raisons budgétaires ;
- 4 millions de personnes n'ont aucune couverture complémentaire-santé, sans laquelle l'accès aux soins est très compromis.

Nous avons étudié l'accès aux complémentaires-santé chez les seniors, qui sont les prochaines victimes de la démutualisation. En 2011, ils ont subi une augmentation de 11,8 % du montant de leurs cotisations. Le taux d'effort pour l'acquisition d'une complémentaire a été de près de 6 %, soit 2,5 fois plus que pour la moyenne de la population. Si cette tendance se poursuit, les seniors devront consacrer 10 % de leurs revenus à leur complémentaire-santé.

Aujourd'hui, le consommateur, l'utilisateur se trouve dans une situation proche de la rupture. Nous pensons réellement que si les évolutions que je viens d'évoquer se poursuivent, elles généreront des inégalités face à la santé. Il est d'ores et déjà avéré qu'il n'existe pas d'égalité sur la préservation de sa santé, comme le montre la forte augmentation de l'obésité morbide infantile, étant donné que la « mauvaise nourriture », les produits trop sucrés, gras, salés, les moins chers mais qui sont massivement promus par l'industrie agroalimentaire, est la plus consommée par les classes les plus défavorisées. A cela s'ajoutent les inégalités dans le financement de l'accès aux soins.

En termes de financement, il convient, pour nous, d'assurer la pérennité des ressources en ne les basant pas sur des assiettes trop volatiles, comme une taxe sur les transactions financières. A dépenses pérennes, ressources pérennes.

Le second principe qui nous paraît devoir être appliqué est celui de la justice sociale : pour être accepté et viable, le financement de notre protection sociale doit reposer sur la part la plus large de la population, retraités compris. Nous sommes donc opposés au système de TVA sociale et partisans de la CSG, impôt fondé sur une assiette large et stable.

Par ailleurs, il convient d'entreprendre des efforts de rationalisation de la dépense. Pour cela, il serait possible d'agir sur la consommation de médicaments, qui est supérieure de 40 % à celle de nos voisins européens. De plus, tous les médicaments inutiles devraient être totalement déremboursés. S'agissant de la prescription, nous avons mené une enquête sur les classes de médicaments auxquelles les médecins ont recours, et nous avons été stupéfaits par l'importance des marges de progression restant en matière de rationalisation des prescriptions. Comment se fait-il, en effet, que nombre de médicaments soient prescrits alors que leur service médical rendu n'est pas meilleur, mais que leur coût est élevé ?

Claude LE PEN

La consommation pharmaceutique diminue en France, notamment du fait des vagues de déremboursements entreprises s'agissant de produits au SMR insuffisant.

Alain BAZOT

C'est vrai, mais il reste encore des marges de progression considérables en la matière.

S'agissant enfin des complémentaires-santé, nous avons réalisé une étude de l'état du marché. Le consommateur est face à quelque 600 ou 700 organismes. Il en résulte une opacité tarifaire très

importante et une forte augmentation des frais de gestion. Ce marché est pourtant considérable, représentant 33 milliards d'euros. Or il est marqué par un paradoxe saisissant : les frais d'acquisition et de communication des sociétés d'assurances sont démesurés, à 16,4 % ; les frais de gestion sont considérables : pour 4 euros de cotisation de la part des assurés, ils représentent un euro ; le taux de redistribution est meilleur de la part des Mutuelles, mais nettement inférieur des autres complémentaires-santé. L'intérêt de l'assuré serait de choisir les premières, mais paradoxalement, les Mutuelles perdent des parts de marché au profit des assurances. Il faudra donc organiser ce marché de la complémentaire-santé en y organisant une concurrence transparente.

Questions et réactions de la salle

De la salle

Je voudrais évoquer le sujet de la consommation pharmaceutique. Une récente étude comparative au niveau européen a montré que nous consommons, en France, 27,5 milliards d'euros de médicaments « de ville » et un peu plus de 6 milliards de médicaments « d'hôpital », pour un total de 33,6 milliards d'euros, en 2010. L'Italie, pour sa part, a bloqué ses dépenses, depuis 2006, à environ 13 milliards, dont 11,2 milliards sont pris en charge par le système sanitaire. A cela s'ajoutent 4,2 milliards d'euros pour l'hôpital, soit un total de 15,4 milliards, et 17,2 milliards si l'on rajoute le 1,8 milliard à la charge de la collectivité. De même, les ordonnances italiennes comportent en moyenne 1,8 produit, contre 3,9 pour les françaises.

Claude LE PEN

L'Italie est le seul pays, avec l'Allemagne, à se trouver dans cette situation.

Conclusion

Claude LE PEN

En 2012, va avoir lieu l'élection présidentielle aux Etats-Unis. Le débat sur la protection sociale y jouera un rôle crucial. En Europe, le Royaume-Uni a élu un nouveau gouvernement qui a affiché son objectif de démanteler le NHS, affirmant : « *il n'y a pas de limites à la privatisation du NHS* ». En France, il existe en revanche un relatif consensus sur le maintien du système de protection sociale. Nul n'a envie de le démanteler : au contraire, tous souhaitent le préserver, même si les moyens d'y parvenir divergent.

Nous sommes également tous d'accord sur la nécessité de jouer à la fois sur les recettes et les dépenses, et j'ai constaté un accord unanime en faveur de la CSG, outil apparaissant le plus large. Il n'est pas progressif : à sa création, il a été beaucoup critiqué, notamment par certaines organisations syndicales comme Force Ouvrière, mais aujourd'hui, il est inscrit dans notre mémoire.

Egalement, l'efficacité n'est pas un gros mot. Au contraire, c'est l'honneur du service public que d'être efficace. Cela ne se limite pas à de l'évaluation, du contrôle, de l'organisation : il faut également un réel talent managérial, afin de passer de l'administration à un réel management d'objectifs et de moyens.

Ce débat a été responsable. Chacun d'entre nous connaît la situation décrite par M. Babusiaux. Nous sommes dans une période où il n'est plus guère possible de faire rêver les citoyens. Il est tout juste possible de dire que notre système ne va pas s'écrouler et que l'on va faire en sorte de l'éviter.

Yves BUR

Je voudrais interpeller Marisol Touraine. En effet, au vu de la période passée, la majorité UMP a été critiquée sur tout ce qu'elle a pu faire. Je constate aujourd'hui que les ARS sont prises en compte dans le projet du Parti Socialiste. De même, ce projet veut mettre l'accent sur l'harmonisation des niches sociales. Or il ne faut pas généraliser, car parmi elles se trouvent les exonérations de charges pour les entreprises. Revenir sur ces dernières aurait des conséquences sur l'emploi des personnes peu qualifiées. Les niches sociales, c'est aussi l'épargne salariale. Comment va-t-on encourager l'épargne longue si l'on revient sur cela ? Les niches sociales, ce sont également les aides à la complémentaire-santé et à la prévoyance : va-t-on s'y attaquer ?

Ainsi donc, nous avons été étrillés pour avoir mis en œuvre certaines mesures, comme les franchises sur les médicaments, les taxes sur les contrats d'assurances et celles au profit de la CMU. Pourtant, personne ne les remet en cause aujourd'hui.

Marisol TOURAINE

Un certain nombre de mesures ont été prises, et nous en avons critiqué la méthode de mise en œuvre. S'agissant des ARS par exemple, nous n'y avons jamais été hostiles ; en revanche, nous considérons que la question du reste à charge est cruciale et qu'il faudra revoir l'ensemble des

prélèvements opérés par le biais de déremboursements. Il faudra discuter avec l'ensemble des acteurs pour évoluer vers des tarifs opposables, permettant de ne pas recourir à des dispositifs de déremboursement.

Claude LE PEN

Nous sommes très ambigus sur la question des déremboursements : d'un côté, en effet, l'on veut dérembourser les médicaments inutiles ; de l'autre, l'on augmente le reste à charge. Il faudra bien choisir à un certain moment.

Alain BAZOT

Plusieurs intervenants ont clairement indiqué qu'il n'était pas possible d'appréhender ces questions par le seul aspect financier, mais également sous l'angle des objectifs de santé publique et de l'utilité des soins.

Claude LE PEN

J'entends bien, mais lorsque l'on dit que le reste à charge augmente à côté des déremboursements, certains de ces derniers ont été faits sur injonction.

Un intervenant

Vous connaissez suffisamment le système pour savoir que les discours globaux ne peuvent s'y appliquer. L'on peut parfaitement déplorer des déremboursements dans certains domaines, parce qu'ils constituent de véritables obstacles à l'accès aux soins, et souhaiter que l'on dérembourse des produits obsolètes, parce que le progrès médical permet d'avancer.

Un autre intervenant

Pour ma part, je vis en Alsace, où existe un système solidaire dont le volet complémentaire est excédentaire et a un faible coût. Il faudrait vraiment se demander si l'on pourra continuer à entretenir, en France, un système dual dans lequel le volet complémentaire devient de plus en plus cher. Dans ma ville, un agent municipal gagnant 1 600 euros nets par mois, avec deux enfants et un conjoint, doit payer 150 euros de cotisations complémentaires. Cela devient de plus en plus lourd. Il faudra donc peut-être que l'on pose les vraies questions quant au financement du système.

Etienne CANIARD

Les complémentaires, comme je l'ai indiqué, n'ont pas forcément rempli totalement leur mission de régulation. Cela étant, il ne faut pas s'esbaudir de l'équilibre du régime complémentaire d'Alsace-Moselle, car tel est également le cas des autres complémentaires, qui n'ont, du reste, pas d'autre choix. Ce régime complémentaire d'Alsace-Moselle est géré par le régime obligatoire. Le seul argument militant en sa faveur a trait aux frais de gestion, qui sont mutualisés. Lorsque la

Cour des Comptes l'a examiné, elle a souligné qu'aucun élément ne permettait de démontrer qu'il maîtrisait mieux les dépenses. Pour moi, l'enjeu est donc de savoir si les complémentaires veulent s'investir pour opérer une gestion du risque, plutôt qu'une sélection. Il faudrait leur donner les moyens d'y parvenir.

S'agissant des frais de gestion, nous voyons bien que plus l'on est dans une offre individualisée et segmentée, plus les coûts de gestion sont importants. Il faudrait donc travailler, non seulement à des économies de coûts de gestion, mais aussi au contenu de ceux-ci. Les complémentaires y incluent par exemple tous les systèmes d'information qui permettent le tiers-payant, alors qu'il s'agit là d'une prestation parmi d'autres. Il faudrait avancer dans ce domaine. Je suis d'accord pour que l'on fasse des efforts afin de diminuer les coûts de commercialisation et d'acquisition, et d'augmenter nos investissements afin de mieux gérer le système et maîtriser les dépenses.

en partenariat avec :
Université Paris-Dauphine
Orange HealthCare Division Santé d'Orange, Glaxo Smith Kline,
La Fédération Hospitalière de France, La Fédération de l'Hospitalisation Privée, La Fédération
des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne, privés non lucratifs, Le Collège des
Economistes de la Santé, le Laboratoire d'Economie et de Gestion des Organisations de Santé,