



L'avenir de l'assurance-maladie

**Rencontre avec Gilles Johanet, membre du comité de direction générale des AGF,
chargé des branches santé et collective**

Mercredi 18 mai 2005

Note de problématique par Romain Lesur

Juriste et économiste, magistrat à la Cour des Comptes, Gilles Johanet a dirigé la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) à deux reprises (de 1989 à 1993 puis de 1998 à 2002). Auteur de différents ouvrages sur la protection sociale et l'assurance maladie (*Contes et mécomptes de la protection sociale* (1985), *Santé : dépenser sans compter* (1995), *Sécurité Sociale : l'échec et le défi* (1998)), sa réflexion et ses travaux constituent une référence majeure pour les spécialistes de l'assurance maladie.

Fin connaisseur du cercle vicieux duquel est prisonnier notre système de santé et empêqueur de tourner en rond, Gilles Johanet est surtout l'auteur du « plan stratégique », un des plus ambitieux plan de sauvetage de l'Assurance maladie, adopté par le Conseil d'administration de la CNAMTS en 1999 et soutenu à l'époque par la CFDT, la CGC et le MEDEF. Faute d'une volonté politique à la hauteur des objectifs du plan stratégique, celui-ci n'a pu être mis en œuvre.

Durant ces dernières années, l'intérêt des français pour les questions de santé n'a cessé de croître : dépendance, obésité, alcool, tabac, sécurité du médicament, infections nosocomiales, maladies professionnelles, cancer, sida,... sont devenus des thèmes médiatiques récurrents. Neuf mois après le vote par le Parlement de la loi relative à l'assurance maladie, le régime général affiche le plus important déficit de son histoire (11,9 milliards d'euros). La dette sociale devant encore être remboursée s'élève à 85 milliards d'euros. L'objectif de retour à l'équilibre financier à l'horizon 2007 affiché par cette réforme est critiqué par certains analystes. Dès lors, il est probable que l'assurance maladie se retrouvera de nouveau à l'agenda politique en 2007.

Plutôt que de tenter de dresser le bilan d'une réforme qui n'est pas encore totalement mise en place, nous reviendrons sur les vices, mais aussi sur les vertus, de notre système de santé, notamment au regard des expériences étrangères. Les pistes de réforme sont maintenant identifiées et les risques politiques qui y sont associés bien connus. Nous interrogerons donc Gilles Johanet sur les évolutions envisageables de notre système de santé et surtout sur les tabous qui devront être levés.

1) Vices et vertus du système de santé français : l'impasse

La pression à la hausse des dépenses de santé est un fait général dans tous les pays développés. Suivant l'organisation des systèmes de santé, cette pression se traduit de façon différente :

- les pays possédant un système national de santé et, de ce fait, maîtrisant relativement bien leurs dépenses de santé (ex. : Royaume-Uni) connaissent des problèmes de files d'attente et de rationnement des soins. Dans ces pays, ces questions occupent une place importante dans le débat public et la réponse consiste bien souvent à augmenter les dépenses de santé, et ce de façon raisonnée.
- les systèmes de santé libéraux (exemple : Suisse, Etats-Unis) maîtrisent très mal l'évolution de leurs dépenses de santé, entraînant une augmentation importante des primes d'assurance santé, ce qui exclue de plus en plus de personnes de l'accès à une couverture maladie.
- les systèmes de santé bismarckiens (dont la France) maîtrisent également mal l'accroissement de leurs dépenses de santé, mais cela se traduit en pratique par des déficits récurrents de leurs régimes sociaux.

Le système de santé français possède comme vertu de ne pas présenter les vices des deux autres types de systèmes de santé : les files d'attente sont faibles et la couverture maladie est largement étendue. Ces aspects positifs s'expliquent par un accès aux soins extrêmement libre notamment rendu possible par la présence d'un nombre (trop ?) important de médecins libéraux ainsi que par l'existence de la couverture maladie universelle (CMU).

En revanche, si l'on s'intéresse aux performances en terme de santé publique, on constate que le système de santé français dépense plus pour des performances équivalentes voire moindres (pour la mortalité masculine notamment).

Un des apports majeurs des travaux de Gilles Johanet est d'avoir exhibé les singularités du système de santé français :

- le refus de sélectionner les professionnels de santé
- l'absence de coordination des soins
- l'entretien d'une ignorance sur le système de santé
- l'absence criante de stratégies de santé publique
- la prise en charge irrationnelle des dépenses
- un financement introuvable
- une gestion du système de santé totalement éclatée

L'ensemble de ces défaillances se nourrissent mutuellement et entraînent le système de santé français dans une inéluctable « spirale du déclin ».

Le plan stratégique de 1999 avait pour objectif de s'attaquer radicalement à l'ensemble de ces maux. Ce plan de sauvetage est sans aucun doute le plus ambitieux des plans de

« maîtrise médicalisée » dans la mesure où il plaçait au premier plan que « c'est par le redéploiement et l'optimisation des ressources existantes que le progrès médical peut et doit être financé et l'équilibre atteint ». A ce titre, de nombreux aspects de la récente réforme de l'assurance maladie reprennent, de façon moins marquée, des points majeurs du plan stratégique comme le parcours de soins « vertueux » avec libre choix pour le patient, la recherche de la qualité des soins et la circulation de l'information.

2) Les pistes d'évolution : sortir de l'impasse

Nous dressons ici un bref tour d'horizon de l'ensemble des pistes d'évolution possibles et nous interrogerons Gilles Johanet sur les intérêts respectifs de ces différentes options du point de vue de la santé publique, de la soutenabilité financière ainsi que sur les conditions politiques nécessaires à leur mise en place.

- Mettre en place une politique de maîtrise médicalisée volontariste : la référence incontournable étant le plan stratégique de 1999. Pourrait-on le mettre en place dans les années à venir ? Comment lever les obstacles politiques et corporatistes ? Les engagements des syndicats médicaux à maîtriser collectivement les dépenses sont-ils crédibles ?
- Instituer des franchises annuelles de dépenses, différentes déclinaisons étant envisageables. Devraient-elles dépendre du revenu ? Peut-on autoriser à ce qu'elles soient prises en charge par un organisme complémentaire ? Est-il envisageable de mettre en place des comptes épargne-santé en France ? De façon plus générale, la responsabilisation financière des malades est-elle de nature à réduire les dépenses de santé ?
- Mettre en place un contrôle budgétaire fort : la maîtrise comptable. Est-il définitivement impossible d'envisager de contrôler les revenus des professionnels de santé ?
- Introduire de la concurrence, réglementée (ex : Suisse, Pays-Bas) ou non. L'élimination des rentes présentes au sein du système de santé n'est-elle possible que par le biais de la concurrence ? La concurrence est-elle un moyen d'améliorer la qualité des soins et de contenir les dépenses de santé ? Dans la situation actuelle où les organismes complémentaires interviennent pour l'essentiel sur les dépenses de soins de ville, quel sens aurait la concurrence ? Faut-il préférer une concurrence réglementée ?