



## **Les transferts de charges : un mal nécessaire ?**

Malgré les cotisations appelées de toutes parts, les comptes de l'assurance maladie sont déficitaires depuis de nombreuses années maintenant. Plusieurs plans de retour à l'équilibre se sont succédés avec des résultats mitigés. Le directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), Frédéric Van Roeckeghem, a annoncé, à la fin du mois de juin dernier, un nouveau plan d'économies pour 2009. En fait ce plan s'articule autant autour de recettes nouvelles que de mesures d'économies concrètes.

L'ensemble des efforts attendus par le directeur de l'UNCAM s'élève à 3 milliards d'euros quand le gouvernement, dans les discussions ouvertes avec les partenaires sociaux, parle plutôt de 4 milliard d'euros. D'où la nécessité de faire appel à une contribution des assurances complémentaires.

En effet, ces complémentaires ont accumulé au fil du temps quelques « surplus » non négligeables : l'augmentation régulière des cotisations mutualistes et des primes d'assurance aura au moins fait quelques heureux !!!

Les régimes complémentaires indiquent que ces sommes ont notamment permis de faire face aux exigences de la réglementation européenne, spécialement Solvabilité 2, qui leur impose d'augmenter leurs réserves. Certes, mais il en reste encore.

D'où l'idée du gouvernement de ristourner une partie de ces sommes au régime obligatoire, notamment parce que l'augmentation régulière du nombre des personnes en affection de longue durée (ALD) génère autant d'économies pour les complémentaires puisque l'Assurance maladie prend ces personnes en charge à 100 %.

C'est sans doute vrai. Mais il faut souligner que les sommes accumulées par les complémentaires et qui seraient transférées à l'Assurance maladie ont été obtenues par l'augmentation constante des cotisations mutualistes ou des primes d'assurance, ce qui nous donne largement le droit d'exprimer nos conditions sur les modalités de l'appel à renflouement de l'Assurance maladie par les régimes complémentaires.

## **1. Tout d'abord, le gouvernement doit annoncer clairement la « sanctuarisation » du régime des ALD.**

C'est indispensable pour restaurer la confiance. Nous savons parfaitement que l'évolution de ce régime ne peut continuer sans qu'une réforme globale ne vienne garantir sa pérennité. D'ici 2010, il y aura 10 millions de personnes en ALD. Une telle progression impose la recherche de solutions nouvelles dans le cadre de la solidarité nationale. Qu'attend-t-on d'ailleurs pour provoquer le débat national qu'un tel constat impose ?

Ce débat n'aura pas lieu si la confiance ne s'établit pas avec nos pouvoirs publics. Car les étranges méthodes du gouvernement ont conduit à une hypersensibilité prompte au rejet d'une réflexion dont nous voyons bien qu'elle est indispensable : instauration des franchises pesant uniquement sur les malades, annonce du déremboursement des médicaments à vignette bleue pour les malades en ALD. C'est une politique de gribouille qui ne peut que susciter la méfiance ou la défiance. Comment réfléchir ensemble à l'avenir avec de telles méthodes, alors que le Président de la République avait annoncé l'ouverture d'un débat en 2008. L'année sera d'ailleurs bientôt écoulée sans que ce débat n'ait eu lieu. Autre promesse non tenue qui mine la confiance.

Il faut donc, dans l'immédiat et avant toute chose, sanctuariser le régime des ALD dans ses contours actuels.

## **2. La méthode pour ponctionner les complémentaires doit être celles d'une taxe additionnelle ne remettant pas en cause le montant du ticket modérateur.**

Redisons-le : ces réserves des régimes complémentaires ont été faites avec nos cotisations et nos primes, cela nous donne le droit d'émettre un point de vue.

Nous ne voulons pas de l'augmentation du ticket modérateur. Il sera trop facile de continuer sur cette mauvaise voie ensuite. Et il n'y a aucune raison que ce soit une fois de plus les malades qui soient mis prioritairement à contribution en étant à nouveau les victimes sacrificielles de l'assainissement des comptes de l'Assurance maladie. Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) dans son rapport annuel adopté le 10 juillet dernier indique que « l'instauration des franchises sur le médicament, les soins infirmiers et les transports sanitaires au 1<sup>er</sup> janvier[2008], d'une part, et le durcissement des pénalités pour les honoraires « hors parcours », d'autre part, ont fait glisser plus de 900 millions d'euros (en année pleine) de l'assurance maladie vers les ménages. ». Le HCAAM aurait pu écrire « vers les malades ».

900 millions d'euros en 2008 : c'est presque 1 milliard d'euros ... et on s'apprête donc, en 2009, à prendre à nouveau 1 milliard d'euros sur les « cochons de payants ». Acceptons qu'ils se prononcent donc : nous continuons à défendre l'idée d'un système de santé humaniste et solidaire, c'est donc la voie d'une taxe additionnelle sur tous les contrats complémentaires qui doit être privilégiée.

**3. Au delà du prélèvement sur les complémentaires qui doit rester exceptionnel, cette taxe additionnelle ne doit pas conduire à une augmentation des cotisations mutualistes ou des primes d'assurance.**

Ici encore il faut des engagements. Nous souhaitons qu'ils figurent dans une norme juridique indiscutable. Puisqu'il existe un régime des contrats responsables qui permet d'encadrer la pratique des contrats d'assurances et de mutuelles complémentaires, nous souhaitons que l'impossibilité d'augmenter les cotisations figure dans les textes réglementaires et que les organismes de contrôle des assurances et des mutuelles complémentaires évaluent, à l'occasion de leur rapport pour 2009, le suivi de cette réglementation par les acteurs complémentaires.

De nombreux facteurs argumentent en faveur de la faisabilité économique de l'exigence de non augmentation des cotisations et primes. D'abord, parce que de nombreuses complémentaires ont fait exploser leurs frais de gestion. Ils atteignent en moyenne 25,4 % alors qu'ils ne sont que de 5,4 % pour l'Assurance maladie, selon un rapport de la Cour des Comptes. Ensuite, comme le montre le rapport annuel du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) adopté le 10 juillet dernier, « *entre 2001 et 2006, la rentabilité des organismes complémentaires n'a en effet cessé de s'améliorer. Alors que les dépenses de santé de OC ont augmenté de 32,2%, le chiffre d'affaires du secteur, constitué des cotisations et des primes des assurés, a augmenté plus fortement, soit de 48,2% sur la même période. Cette amélioration de la rentabilité s'explique principalement par l'augmentation du taux de marge du secteur qui passe de 13% à 27% selon les familles d'OC* ». Enfin, comme le nombre de personnes prises en charge à 100 % dans le régime des affections de longue durée de l'Assurance maladie augmente régulièrement, les complémentaires s'en trouvent d'autant moins sollicitées, augmentant mécaniquement leur rentabilité. Les complémentaires ont donc accumulé des réserves, plusieurs milliards d'euros selon certaines sources, dont une part non négligeable reste disponible même après leur utilisation pour satisfaire aux exigences de la nouvelle réglementation européenne (Solvabilité 2).

**4. Enfin, il faut ouvrir des Etats Généraux de l'Assurance Maladie sur les voies et moyens d'un retour à l'équilibre pérenne.**

Le gouvernement se grandirait d'une telle initiative. Car nous ne cessons de dissimuler la dette sous le tapis de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES). Et le plan de redressement présenté par le directeur de l'UNCAM autant que les recommandations du ministre des comptes, Eric Woerth, prévoient un nouveau transfert à la CADES. C'est l'avenir qui est hypothéqué en permanence par ce transfert de la dette sur les générations futures.

Il faut en finir avec ces logiques. Les choses ont changé : nous en avons assez de financer par nos cotisations des rentes de situation acquises par les professionnels de santé au fil du temps. Chacun le sait dans les cercles du pouvoir et parmi les acteurs les mieux informés. Pouvons-nous plus longtemps accepter que les citoyens paient en totalité la dépense de santé pour avoir comme seule réponse les déserts médicaux, l'augmentation des dépassements d'honoraires, et peut-être demain la création d'un secteur optionnel qui ruinera l'égalité d'accès aux soins.

Ce temps-là est terminé. Chacun doit prendre sa part du fardeau et pas seulement le cotisant, et pas seulement l'usager, et pas toujours le malade !

Des solutions ont été recommandées par les plus grands corps de contrôle : l'Inspection générale des affaires sociales, la Cour des Comptes. Des diagnostics et des recommandations ont été produites par le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie. Une initiative pour promouvoir une approche nouvelle des affections de longue durée a même été prise par le Haut commissaire aux solidarités actives. Ces solutions ont sans doute des inconvénients. Elles ont au moins l'avantage d'avoir été soutenues. Elles ne provoquent pas suffisamment d'adhésion. Alors, discutons-en ! Nous sommes devant la dépense de santé aujourd'hui comme hier devant la dépense en matière de retraite. C'est en 1990 que nous avons commencé à en débattre dans notre pays. Plus vite nous discuterons de la solvabilisation durable de la dépense de santé mieux nous nous en sortirons, collectivement.

Nous voulons en finir avec le temps des complicités. Nous appelons à une œuvre de vérité. Nous ne rêvons pas d'une nuit du 4 août de la santé. Nous souhaitons simplement que chaque acteur - les usagers comme les producteurs de soins et de biens médicaux (la médecine de ville et les professions médicales, spécialistes compris ; les établissements de santé ; les industries du médicament), l'Etat qui ferait bien de mettre en œuvre les solutions préconisées par la Cour des Comptes, et les régimes obligatoires et complémentaires - prenne ses responsabilités pour un nouveau pacte social de santé qui respecte l'aspiration collective humaniste et solidaire devant inspirer notre système de soin.