

## Un (nouveau) plan pour rien

*Il ne sert à rien de rationner administrativement l'offre de soins si l'on maintient un système qui stimule en permanence la demande.*

Les problèmes non résolus ont une fâcheuse tendance à refaire surface, périodiquement. L'annonce d'un nouveau déficit record de la sécurité sociale, dû pour l'essentiel à l'assurance maladie, montre une fois de plus que la politique d'encadrement des dépenses que s'obstinent à mettre en place tous les gouvernements depuis vingt ans, ne peut venir à bout de la dynamique de la consommation de soins. Dans un article publié dans ces pages en juin 1996 et reprenant un éditorial de janvier de la même année de la Lettre de la Chaire Santé, de l'IEP, j'avais annoncé l'échec prévisible du plan Juppé et l'apparition, dans les dix-huit mois qui devaient suivre, d'un nouveau déséquilibre <dramatique> des comptes. Nous y voilà, avec six mois de retard sur le calendrier prévu.

Ne serait-il pas temps, enfin, pour nos responsables politiques, de faire preuve d'un peu de sérieux et de s'interroger sur les causes profondes de ces difficultés récurrentes? On voudrait, encore, l'espérer. Mais face à l'inertie des gouvernants, nous pouvons republier en l'état, sans y changer un mot, notre diagnostic d'il y a deux ans. Rien n'a évolué depuis cette date, ni à droite, ni à gauche.

Les mesures prises par le gouvernement Juppé pour apurer le déficit de la sécurité sociale ont été largement saluées par la presse et les commentateurs politiques comme <courageuses>. Il s'agirait, enfin, de la réforme susceptible de mettre un terme à l'accroissement permanent de dépenses de santé et à leur corollaire, le taux croissant des prélèvements obligatoires par les cotisations sociales, qui sont un impôt sur le travail et, à ce titre, contribuent à l'augmentation chronique du chômage.

Peut-on raisonnablement espérer qu'il en soit ainsi, et l'économie de la santé peut-elle nous éclairer sur ce qu'il faut en attendre ? Malheureusement, si la réponse à la deuxième question est clairement positive, la réponse à la seconde est négative: l'analyse économique ne permet pas de placer de grands espoirs dans les conséquences à terme de la réforme Juppé.

## Continuité

De quoi s'agit-il en effet ? Contrairement à ce que le discours officiel essaie d'accréditer il ne s'agit nullement d'une réforme en profondeur susceptible de produire des effets durables, mais du énième replâtrage comptable d'une système qui reste inchangé dans son fonctionnement et dans ses principes. Pour l'essentiel, le plan Juppé consiste à relever les impôts qui servent à financer les dépenses de santé. C'est ce qui a été fait constamment, avec une belle continuité, depuis vingt ans. Chaque année, ou presque, on annonce à l'opinion l'apparition dramatique d'un <trou> de la sécurité sociale. Et chaque année on résout comme par miracle un problème annoncé insoluble en relevant les taux de cotisation, c'est-à-dire l'impôt.

Le plan actuel ne diffère pas de ce schéma. Tout au plus change-t-on le type d'impôt pour passer des cotisations sociales à la CSG. Ce qui n'est pas en soi une mauvaise chose. Mais on ne

propose rien de nouveau pour modifier la dynamique des dépenses. Comme chaque année on annonce une sévérité accrue à l'égard des agents dépensiers, le bouc émissaire variant selon les époques, qu'il s'agisse pour certains de l'industrie pharmaceutique et de la consommation <excessive> de médicaments, des médecins sensés prescrire des examens inutiles, ou de l'hôpital, à plus juste titre puisque ce dernier représente la majeure partie des dépenses de l'assurance maladie. Cet encadrement bureaucratique de la dépense, qui repose sur un rationnement bureaucratique de l'offre par un miraculeux effort de volonté politique ne répond en rien au problème sauf à centraliser totalement le système de santé à la façon britannique, ou à celle des anciens pays communistes.

## **Côté demande**

Il y a quinze ans déjà que dans un article de l'Express, j'indiquais que la clé de la dynamique des dépenses se trouvait en réalité du côté des demandeurs de soins, bien qu'elle soit à l'évidence encouragée par le comportement des offreurs. Mais ces derniers ne font que suivre leur intérêt propre qui correspond en l'occurrence aux règles de la déontologie : soigner les malades du mieux possible. Ce qui implique que tant qu'il y a de l'argent il faut accroître le volume des soins.

L'offre cependant ne peut se développer comme elle le fait que dans la mesure où il existe une demande dont la solvabilité est illimitée grâce à une assurance quasi complète et gérée de façon telle que personne n'a d'intérêt personnel à vérifier la pertinence des dépenses. Ni les assureurs publics du monopole de la CNAM, qui savent qu'en fin de compte le gouvernement sanctionnera par une augmentation des impôts les dépenses quelles qu'elles soient, ni les patients, et leurs conseillers les médecins, dans la mesure où la cotisation maladie étant décidée arbitrairement par l'Etat et imposée aux salariés dont chacun sait que le montant de la cotisation maladie échappe à son contrôle, ne voient aucune raison à limiter les dépenses. Au nom de quoi le feraient-ils puisqu'aucun des autres acteurs du système n'a de véritable incitation à s'auto-discipliner ? Faut-il faire reposer le succès du contrôle sur l'abnégation individuelle ? Nous savons depuis Adam Smith qu'il est plus prudent de compter sur les ressorts efficaces des incitations personnelles et du calcul individuel.

C'est dire que la clé d'un changement véritable se situe du côté de la demande et non du côté du rationnement de l'offre. La seule façon de limiter la croissance des dépenses en conservant un système de liberté tout en obtenant le consentement des assurés est de donner à ces derniers une véritable incitation personnelle à l'auto-limitation des dépenses.

## **Incitation**

Cela signifie leur permettre de choisir leur propre niveau de couverture par l'assurance, de façon à réduire leur propre cotisation lorsqu'ils optent pour une moindre couverture. Il faut que l'assuré puisse bénéficier matériellement de son choix individuel d'un moindre niveau de couverture et de dépense. Dans ce cas de figure, l'assuré moins couvert aura vite fait d'imposer à son médecin le choix de soins moins coûteux, et il en résultera alors un contrôle consenti, et surveillé par chacun, du niveau des dépenses. L'offre des hôpitaux et des médecins ne pourra alors que s'adapter à cette nouvelle contrainte de marché.

L'obstacle qui empêche de mettre en place un tel système est politique. Il vient de la résistance des gérants du monopole de la CNAM (syndicats d'employeurs et de salariés confondus) à toute introduction de la concurrence sur leur marché. Ils ne souhaitent pas que les assurés puissent choisir entre plusieurs assureurs et plusieurs niveaux de couverture.

Mais tant que cette auto-régulation ne sera pas mise en place, il ne faut pas espérer le moindre ralentissement durable de la croissance des dépenses. Le pouvoir politique se met lui-même en position intenable lorsqu'il prétend pratiquer un rationnement administratif et volontariste des dépenses après avoir imposé à tous une cotisation maladie maximale. La pression des malades et des offreurs de soins est alors irrésistible, et aucun pouvoir politique ne peut s'y opposer, ce que l'expérience passée prouve abondamment. Pourquoi en effet accepter de se limiter dans la dépense lorsqu'on a déjà payé une cotisation maximale ? N'a-t-on pas de ce simple fait <acheté> le droit à un service maximal ?

Faute de vouloir mettre en place des incitations individuelles à la modération des dépenses, les pouvoirs publics se condamnent à constater une fois de plus, d'ici un an ou dix-huit mois, un nouveau déficit <dramatique> de la sécurité sociale qui sera, une fois de plus, résolu par une augmentation de l'impôt sur le travail, suivie immédiatement d'un accroissement inéluctable du chômage. Rendez-vous donc dans dix-huit mois pour une nouvelle opération radicale de réduction des déficits. Mais entre-temps le chômage aura encore augmenté.

JJR