



LES **AVIS**
DU CONSEIL
ÉCONOMIQUE,
SOCIAL ET
ENVIRONNEMENTAL

**La protection sociale :
assurer l'avenir de
l'assurance maladie**

M. Bernard Capdeville, rapporteur

Juillet 2011



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
LIBERTÉ - ÉGALITÉ - FRATERNITÉ



CONSEIL ÉCONOMIQUE
SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL

Les éditions des
JOURNAUX OFFICIELS

2011-06
NOR : CESL1100006X
Lundi 18 juillet 2011

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Mandature 2010-2015 – Séance des 12 et 13 juillet 2011

LA PROTECTION SOCIALE : ASSURER L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE

Avis du Conseil économique, social et environnemental

présenté par

M. Bernard Capdeville, rapporteur

au nom de la

section des affaires sociales et de la santé

Question dont le Conseil économique, social et environnemental a été saisi par lettre du Premier ministre en date du 17 mars 2011. Le bureau a confié la préparation de cet avis à la section des affaires sociales et de la santé, présidée par M. François Fondard, qui a désigné M. Bernard Capdeville comme rapporteur.

Sommaire

■ Synthèse de l'avis	4
■ Avis	8
■ Une meilleure articulation de la gestion des différents risques	8
■ À moyen et long termes, la nécessaire prise en compte de l'évolution des risques sociaux	8
■ À court terme, promouvoir une démarche plus transversale, qui accompagne les parcours des individus	9
➤ Renforcer la prévention	9
➤ Mieux articuler les politiques sociales et sanitaires autour d'un parcours de vie	9
■ Un défi, conforter le principe d'universalité d'accès à la santé	10
➤ La construction progressive d'une couverture universelle	11
➤ Un accès plus difficile aux soins	12
■ Les voies et moyens pour mieux gouverner le système de santé	15
■ Optimiser l'efficacité du système	15
➤ Optimiser le parcours de soins	15
➤ Développer des outils d'informatisation et d'aide à la décision	17
■ Un système de gouvernance qui a beaucoup évolué	17
■ Le rôle des organismes complémentaires	18
➤ En dépit des efforts consentis, l'inégalité d'accès à une complémentaire santé perdure	18
➤ Les principes de l'articulation entre régime de base et complémentaire santé doivent être « mieux encadrés »	19

■ Affirmer le principe de l'universalité des ressources pour garantir un financement pérenne et soutenable de la santé	20
■ Une dette structurelle préoccupante, en dépit des efforts réels de maîtrise des dépenses	20
✎ Une relative maîtrise de la progression des dépenses (maîtrise de l'ONDAM)	21
■ Sur quels principes fonder la recherche de nouvelles recettes devenues incontournables ?	21
■ Déclarations des groupes _____	25
■ Scrutin _____	44
Liste des personnalités auditionnées _____	46
Table des sigles _____	47
Bibliographie _____	48

LA PROTECTION SOCIALE : ASSURER L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE

Synthèse de l'avis¹

La protection sociale incarne le pacte de solidarité entre les citoyens. Pérenniser un système qui repose essentiellement sur la solidarité suppose de le solvabiliser. Dès lors, la question d'un financement soutenable est plus que jamais posée.

Au déficit structurel, fruit de l'écart entre la progression des dépenses (vieillesse de la population, progrès médicaux...) et la diminution des recettes (chômage récurrent, dégradation du rapport cotisant/prestataire...) s'est ajouté un déficit conjoncturel lié à la crise. Aujourd'hui, les hypothèques sur les recettes, avec l'incertitude sur le niveau de la croissance notamment, se conjuguent à celles sur les dépenses avec, par exemple, la progression des maladies chroniques. Si le rythme et l'ampleur de ces évolutions sont difficiles à mesurer, le maintien de notre modèle de protection sociale apparaît de plus en plus menacé. Le déficit du régime général a été de 23,9 Md € en 2010. Le Conseil économique, social et environnemental (CESE) réaffirme que la protection sociale est un investissement nécessaire pour notre collectivité. La qualité du système de soins, la création d'emplois dans le domaine de la santé, l'accompagnement proposé aux familles, sont des éléments essentiels pour le développement stratégique et économique d'un territoire. L'universalité de la couverture et la solvabilisation de la demande, le niveau de revenus des retraités, la qualité de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie sont fondamentaux pour la cohésion sociale. À leur manière chacune des branches de la Sécurité sociale participe à ces objectifs.

En 2010, les charges nettes du régime général de la Sécurité sociale (316 Md € d'euros de charges consolidées) se répartissent entre :

- la maladie : 154,71 Md € (49 %) ;
- la vieillesse : 102,38 Md € (32 %) ;
- la famille : 52,90 Md € (16 %) ;
- les accidents du travail : (AT-MT) 11,24 Md € (3 %).

Un nouveau débat sur les retraites est programmé en 2013, et fait suite à l'adoption de la loi du 9 novembre 2010. L'objectif de la dernière réforme est d'atteindre l'équilibre à l'horizon 2018. Le CESE considère que le dialogue et la concertation sur les retraites doivent se poursuivre afin de travailler à des propositions pérennes. Dans les conditions actuelles, la branche famille devrait revenir progressivement à l'équilibre et par ailleurs le CESE a rendu un avis sur la dépendance des personnes âgées, en juin 2011. Aussi, dans les délais impartis pour le traitement de la saisine, le CESE a souhaité, mettre en exergue les principaux défis auxquels est confronté notre système de protection sociale au travers de l'exemple de l'assurance maladie. En effet, les questions posées sont souvent de même nature : comment garantir l'accès aux droits, comment sortir d'une gestion parfois trop cloisonnée des risques et adapter une démarche plus transversale répondant mieux aux besoins des individus ? Si l'avis souligne ces convergences, il s'attache à montrer qu'aujourd'hui c'est dans le domaine de la santé que l'accès de tous à une couverture sociale de qualité se pose certainement avec le plus d'acuité. Aussi, le présent avis se propose de dessiner des pistes pour consolider notre pacte social. Il s'agit d'un enjeu essentiel, rien ne sera possible sans une éthique des

1 L'ensemble du projet d'avis a été adopté au scrutin public par 169 voix pour et 25 abstentions (voir le résultat du scrutin en annexe).

acteurs et la confiance de l'ensemble des citoyens, tout particulièrement des jeunes, dans la pérennité du système. À défaut, si les citoyens estiment contribuer à un système dont ils ne bénéficieront pas, c'est l'édifice tout entier de la protection sociale qui serait fragilisé.

Le Conseil entend réaffirmer un certain nombre de principes et de valeurs qui sont insuffisamment inscrits dans le débat public et contribuer ainsi à la compréhension des enjeux par les citoyens.

Le vieillissement de la population, les progrès techniques et médicaux, le coût de plus en plus élevé de certaines thérapeutiques et un budget contraint, nécessitent de réguler et de prioriser.

LES PRINCIPALES PRÉCONISATIONS

L'avis du CESE réaffirme le principe d'une assurance maladie solidaire conjuguant qualité de l'offre et efficience des dépenses. Pour notre assemblée, ce principe doit être expliqué et défendu afin de faire prendre conscience aux citoyens des enjeux de la solidarité nationale au XXI^e siècle.

➤ Répondre à l'évolution des risques sociaux

Le CESE propose une nouvelle approche des risques sociaux :

- en adaptant la protection sociale aux spécificités d'un public jeune, au parcours professionnel, plus incertain que celui de ses aînés ;
- en intervenant dès l'amont par des politiques de prévention coordonnées ;
- en articulant les interventions sanitaires et sociales pour proposer un véritable accompagnement des parcours de vie.

➤ Garantir l'accès de tous aux soins

Pour le CESE, la progression des inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins menace, dans ses fondements même, notre système de santé. Pour répondre à cet enjeu majeur, il préconise **d'inciter les médecins à exercer dans les zones de faible couverture médicale** en :

- diffusant le Contrat d'engagement de service public (CESP). Le jeune médecin bénéficie d'une bourse et d'un accompagnement professionnel en contrepartie d'une installation temporaire dans une zone sous-dotée ;
- favorisant le regroupement des professionnels de santé dans des cabinets de groupe, des centres de santé ou des maisons de santé pluridisciplinaires ;
- limitant le bénéfice de dispositifs comme la prise en charge des cotisations retraite et maladie, aux seuls professionnels respectant les orientations du schéma régional d'organisation des soins.

Si ces mesures incitatives s'avèrent insuffisantes, le conventionnement des médecins dans les zones surdenses pourrait être limité.

Afin de **limiter le reste à charge** des patients, le CESE recommande également **de développer la prise en charge forfaitaire des missions d'intérêt général et de maîtriser les dépassements d'honoraires à travers l'information préalable des patients et la régulation du secteur 2.**

Il souhaite que la mise en place, dans certaines spécialités, d'un secteur optionnel fasse l'objet d'un suivi et d'une évaluation. Les praticiens s'engageraient à réaliser 30 % de leurs actes au tarif de la Sécurité sociale et, pour les autres actes, à limiter les dépassements d'honoraires à un certain plafond en contrepartie de leur prise en charge partielle par les complémentaires. Le CESE attend de ce dispositif qu'il favorise l'égalité de l'accès aux soins et ne conduise pas à la banalisation des dépassements d'honoraires.

➤ **Optimiser l'efficacité du parcours de soins**

- Améliorer la qualité de la prise en charge grâce à la formation des professionnels :
 - en valorisant la médecine générale par le développement de stages dans le secteur ambulatoire ;
 - en mutualisant la formation initiale et continue des professionnels de santé ;
 - en mettant rapidement en place le Développement professionnel continu (DPC) obligatoire qui conditionne le droit d'exercer de tout professionnel de santé.
- Optimiser le parcours de soins et limiter le recours aux urgences par une meilleure articulation entre la médecine ambulatoire et l'hôpital par :
 - l'ouverture de plages horaires d'accès direct chez les médecins généralistes ;
 - le développement d'alternatives à l'hospitalisation ;
 - la création de maisons médicales de garde ;
 - l'organisation des sorties d'hôpital.
- Favoriser un suivi personnalisé des patients par :
 - la délégation d'actes et la coopération entre professionnels de santé ;
 - la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse en permettant aux pharmaciens de consulter le fichier de remboursements limités aux seules prestations pharmaceutiques.

➤ **Articuler les prises en charge de l'assurance maladie et des complémentaires afin de garantir l'accès de tous à la santé**

Pour le CESE, afin de garantir à tous un égal accès aux soins, le financement et la gestion de la santé doivent essentiellement reposer sur la solidarité nationale. En effet, contrairement aux complémentaires, l'assurance maladie ne sélectionne ni le sujet, ni le risque et ne conditionne pas le niveau de protection aux ressources de l'assuré.

Les complémentaires peuvent toutefois jouer un rôle à condition :

- de promouvoir l'accès de tous à une complémentaire santé (incitation à la négociation dans les entreprises et les branches, diffusion de l'information sur les dispositifs CMUc et ACS, expertise d'un relèvement du seuil de l'ACS ou de mesures fiscales afin de faciliter l'accès de tous à une complémentaire santé) ;
- de renforcer dans les contrats responsables les garanties d'égalité, de solidarité et de qualité. Ces règles s'imposent aux secteurs non lucratif et lucratif.

➤ **Garantir un financement pérenne et soutenable de la santé**

La recherche d'efficacité des dépenses de santé doit être poursuivie à travers l'optimisation du parcours de soins, la maîtrise de la prescription médicamenteuse, etc. Toutefois, en raison du vieillissement de la population et du progrès médical de nouvelles recettes seront nécessaires. Il semble en effet difficile de trouver des recettes pérennes

et dynamiques sans une réforme d'ampleur des prélèvements obligatoires, en lien avec l'amélioration du système de santé.

Ces pistes auraient mérité un approfondissement afin de recueillir une majorité dans les délais impartis. Elles s'orientent autour de :

- l'évolution du taux de la CSG ;
- la mise en place de la TVA sociale ;
- le réexamen des exemptions et des exonérations de cotisations sociales ;
- la création d'une taxe internationale sur les transactions financières pour contribuer au financement de la protection sociale ;
- la meilleure prise en compte de la valeur ajoutée produite par les entreprises ;
- le recours aux taxes environnementales.

Avis

UNE MEILLEURE ARTICULATION DE LA GESTION DES DIFFÉRENTS RISQUES

Cette articulation est rendue nécessaire par l'évolution même des risques sociaux. En effet, face aux mutations économiques, sociologiques et démographiques qui génèrent de nouvelles attentes chez nos concitoyens et de réelles contraintes, notamment en termes de concurrence économique, il importe de proposer une nouvelle approche de la prise en charge des risques. Pour le Conseil économique, social et environnemental, une pédagogie doit être conduite afin de permettre aux Français de prendre conscience des enjeux de ce que doit recouvrir la solidarité nationale au XXI^e siècle.

À moyen et long termes, la nécessaire prise en compte de l'évolution des risques sociaux

Pour le CESE, les valeurs de notre système de protection sociale doivent être réaffirmées :

➤ **Une dimension intergénérationnelle renforcée**

De nombreux acteurs interviennent désormais dans le champ élargi de la protection sociale, en premier lieu les collectivités locales, les complémentaires, les employeurs... Pour les personnes âgées, cette évolution commence à trouver une traduction concrète dans la prévention et la prise en charge de la dépendance (cf. avis du CESE, juin 2011). Il n'en va pas de même pour les jeunes qui connaissent un parcours professionnel plus incertain que leurs aînés.

Aussi le CESE préconise, afin d'adapter la protection sociale aux spécificités d'un public jeune, peu solvable mais relativement en bonne santé, de préserver le régime spécifique des étudiants.

➤ **Une garantie de l'équité par son caractère redistributif**

Cette protection sociale tout au long de la vie doit favoriser l'investissement public dans tous les secteurs propres à garantir la pérennité de l'emploi (niveau élevé de formation, etc.) et la qualité de vie des citoyens (santé, etc.). Elle est fondamentale pour garantir une croissance durable qui permette le financement d'un haut niveau de services publics et de protection sociale.

C'est un enjeu important. En France, les prélèvements obligatoires permettent, en moyenne, de réduire le niveau des inégalités de 42 % contre un tiers dans les autres pays de l'OCDE. Ce sont les contributions sociales (la CSG notamment) qui contribuent le plus à la redistribution. Ce caractère redistributif assure une meilleure équité devant l'accès aux soins et aux droits sociaux.

Ces moyennes doivent toutefois être interprétées avec prudence² ; elles peuvent paraître satisfaisante si une majorité de personnes sont bien couvertes alors même qu'une minorité croissante « décroche ». Le développement de la pauvreté et de l'inégalité dans la répartition des richesses impose désormais un transfert croissant de charges vers la solidarité nationale.

Aujourd'hui, les inégalités sociales, territoriales et de genre tendent à s'accroître. Le problème de l'équitable répartition de l'effort entre catégories socioprofessionnelles est alors posé. Il suppose également de mieux exploiter les données épidémiologiques afin d'apporter les réponses aux besoins de soins.

À court terme, promouvoir une démarche plus transversale, qui accompagne les parcours des individus

L'organisation en « tuyaux d'orgue » des services publics néglige encore trop l'amont et le parcours de l'individu. Des démarches plus transversales et plus efficaces doivent être mises en œuvre pour :

➤ Renforcer la prévention

Le système français apporte, en général, une réponse curative de qualité, mais gère insuffisamment les risques en amont. Notre assemblée, dans ses travaux, notamment ses avis sur la prévention en matière de santé et la dépendance, souligne la nécessité d'engager une démarche plus globale en consentant, dès l'enfance, un effort en matière d'éducation sanitaire et en associant l'ensemble des acteurs, au-delà des seuls professionnels de santé. Cette action doit se poursuivre dans le milieu professionnel et au moment de la retraite. Elle doit s'accompagner de politiques de prévention ciblées en fonction des populations (par exemple les personnes âgées fragiles), des risques (par exemple l'obésité particulièrement celle des enfants, et les maladies chroniques). Elle doit intégrer une information et une pédagogie adaptée.

Les politiques de prévention sont essentielles pour garantir l'efficacité des dépenses de santé. Elles supposent une valorisation des actions de prévention et une association de l'ensemble des acteurs. Les Agences régionales de santé (ARS) doivent jouer un rôle dans le domaine de la santé publique en intégrant les politiques de santé au travail pilotées par les commissions régionales de prévention de risques professionnels.

➤ Mieux articuler les politiques sociales et sanitaires autour d'un parcours de vie

Notre assemblée considère que l'approche de la protection sociale fondée sur la construction du parcours de chaque individu, sur la transversalité des politiques publiques,

² Une utilisation trompeuse des moyennes cache une progression des inégalités. L'usage des moyennes de référence dans l'évaluation ou la refonte des politiques publiques pose un problème méthodologique : les moyennes permettent rarement de saisir la réalité des politiques publiques, elles ne révèlent que tardivement la dégradation d'une situation en cas de décrochage fort dans l'accès aux prestations, le taux de couverture, etc. Si les personnes les mieux couvertes le restent fortement, la moyenne se dégrade relativement peu (ou lentement) en cas de décrochage en bas de tableau, ce qui induit un retard dans la prise en compte de la moindre inégalité.

constitue une voie d'avenir. Garantir l'accès de tous les citoyens à des services de qualité et dans le respect des finances publiques suppose en effet de revoir en profondeur notre organisation sanitaire, sociale et médico-sociale.

Par exemple, afin de réduire les hospitalisations inutiles, la Suède a engagé une politique volontariste de redéploiement des moyens vers les soins ambulatoires et le domicile afin de faire face à l'augmentation des maladies chroniques et à la dépendance des personnes âgées. Les municipalités contribuent au financement des politiques de santé. Aussi, afin de les inciter à investir dans le financement d'aides à domicile, les nuits passées à l'hôpital par des personnes âgées ne nécessitant pas de soins leur sont facturées³.

Compte tenu des différences entre les deux systèmes de santé et de l'impossibilité de reproduire des expériences à l'identique, cet exemple indique qu'il est néanmoins possible d'imaginer d'autres formes d'organisation favorisant une meilleure articulation des interventions entre le sanitaire et le social. Ainsi une amélioration des dispositifs de prise en charge de la perte d'autonomie peut concourir à la fois à une meilleure qualité de vie des personnes et à une maîtrise des dépenses de santé.

Là encore ces démarches font travailler ensemble le secteur médico-social, la santé, voire les acteurs du logement. Elles doivent associer davantage la médecine scolaire et la médecine du travail.

La culture des politiques publiques d'accompagnement des parcours de vie commence à se diffuser en France. La coordination est en effet essentielle lorsqu'il s'agit de situations complexes. Une coordination efficace doit comprendre un temps de concertation entre les différents acteurs du projet de vie de la personne. Ces coordinateurs, professionnels du secteur sanitaire ou médicosocial, auront été sensibilisés lors de leur formation initiale à l'approche pluridisciplinaire des situations. Ils centralisent les informations autour d'un outil d'évaluation des situations partagées en ayant soin d'obtenir le consentement de la personne concernée par ce partage d'information.

UN DÉFI, CONFORTER LE PRINCIPE D'UNIVERSALITÉ D'ACCÈS À LA SANTÉ

Le principe de l'universalité de la couverture santé du système français recèle de réelles contradictions. En effet, les difficultés croissantes d'accès aux soins, l'augmentation des restes à charge et la montée en puissance des compléments santé en atténue la portée. Or, un système universel est la garantie d'un système équitable et efficient.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) formule des recommandations en faveur d'une couverture santé universelle. Dans son rapport de 2008⁴, l'organisation fait le lien entre les tendances actuelles à la dérégulation, la marchandisation et l'hospitalo-centrisme des différents systèmes de santé et le détournement des politiques de santé de leurs objectifs fondamentaux (équité sanitaire, accès universel aux soins centré sur la personne et amélioration de la santé publique). Elle recommande une extension de la couverture santé des populations vers plus d'universalité.

³ Audition de Bruno Palier devant la section des affaires sociales et de la santé - mai 2011.

⁴ Rapport sur la santé dans le monde, OMS, *Maintenant plus que jamais, les soins de santé primaire*, 2008.

A contrario, le défaut d'efficacité des systèmes très fortement individualisés mérite d'être souligné. Les États-Unis offrent l'exemple intéressant d'un système de santé coûteux, (le pays consacre 17 % de son PIB à la santé) et inégalitaire, (47 millions d'américains ne disposent pas d'une couverture santé en 2010⁵). La régulation est confiée à des réseaux intégrés de santé privés, qui sous la pression de leurs financeurs, les assurances privées, fixent le niveau des tarifs ou des prestations en tenant compte du niveau du risque individuel. Afin de maîtriser les dépenses, les pratiques professionnelles sont strictement encadrées et le choix du praticien par les patients souvent limité. En dépit de ces mesures, la progression des dépenses de santé s'est traduite par une très forte augmentation des primes d'assurance (+ 78 % entre 2001 et 2007) excluant les plus pauvres et les plus malades. La réforme de 2010, dite « plan Obama », rend obligatoire la souscription d'une assurance maladie (aide financière à la souscription, interdiction de tenir compte de l'état de santé⁶).

➡ La construction progressive d'une couverture universelle

Le principe de l'universalité de la protection sociale, énoncé dès 1945 a abouti en 2000 avec la création de la Couverture maladie universelle (CMU), qui permet à toute personne, résidant en France depuis plus de trois mois de manière stable et régulière et non couverte par un régime de Sécurité sociale, d'accéder à l'assurance maladie. Cette prestation est complétée par la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) qui s'adresse aux personnes ne disposant pas de revenus suffisants pour adhérer à un organisme complémentaire (4,2 millions de bénéficiaires en 2009). La CMUc est accessible sous condition de ressources mais sans condition d'accès préalable comme le versement d'une cotisation⁷. La croissance des restes à charge en matière de santé et la volonté d'éviter des effets de seuil trop brutaux ont conduit à l'élargissement de la protection avec la création d'une Aide à la complémentaire santé (ACS). Cette aide a permis en mai 2010 à 516 499 ménages modestes d'accéder à une complémentaire santé⁸.

En parallèle de ce mouvement de généralisation de la couverture maladie, le financement de l'assurance maladie a été complété en 1991 par la mise en place de la CSG qui aménage la cotisation salariale et touche l'ensemble des revenus. La couverture de l'assurance maladie passe progressivement d'une logique contributive, basée sur les revenus du travail, à une logique universelle.

Pour le CESE, il importe de réaffirmer clairement qu'un système universel doit conjuguer qualité de l'offre sanitaire et efficacité de la dépense.

Permettre à chaque personne ou chaque famille d'accéder à des revenus suffisants pour financer l'accès aux soins et à une couverture sociale satisfaisante doit représenter une priorité absolue dans les objectifs politiques, plutôt que de substituer des aides sociales au revenu normal du travail.

5 Les systèmes publics Medicaid et Medicare couvrent une minorité de la population.

6 Interdiction est faite aux compagnies d'assurance de refuser quelqu'un en raison de ses antécédents médicaux, d'annuler une police parce que la personne est tombée malade, d'imposer des tarifs plus élevés aux femmes et aux personnes malades - Bruno Palier.

7 Plafond mensuel 648 € au 1^{er} juillet 2011. La dépense moyenne annuelle pour la part complémentaire des titulaires de la CMUc est de 417,97 € en 2009, en hausse de 2,6 % par rapport à 2008. (cf. Rapport d'activité 2009 du Fonds CMU).

8 L'ACS s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 26 %. L'ACS pouvant prendre en charge jusqu'à la moitié du montant de la cotisation annuelle d'une complémentaire santé (basculement important de bénéficiaires de l'assurance).

Un accès plus difficile aux soins

Bien que la France consacre 11 % du PIB aux dépenses de santé, l'accès aux soins pour certains assurés est rendu difficile en raison :

De la progression des restes à charge

La question de l'accès financier à l'offre de soins se pose avec une plus grande acuité. Cette évolution trouve sa place dans un mouvement :

- de moindre remboursement des soins courants dont le chiffrage précis est en discussion⁹. Si le taux de couverture moyen des frais de soins est de 90 %, (assurance maladie et complémentaires santé), il est de l'ordre de 55 % pris en charge par la seule assurance maladie, pour les « soins courants » de personnes ne souffrant pas d'une Affectation de longue durée (ALD) ;
- de remboursements élevés pour les personnes bénéficiant des soins les plus coûteux. En dépit de cette qualité de prise en charge, leur reste à charge est significatif. En 2008, s'il est, en moyenne, de 702 € par an pour les personnes en ALD (373 € pour les personnes qui ne sont pas dans cette situation¹⁰), ce chiffre ne doit pas masquer les inégalités ;
- de dépassements d'honoraires qui posent des difficultés à certaines familles et accroissent les inégalités sociales, du fait notamment de leur généralisation dans certaines zones et de leurs montants (parfois pris en charge, le plus souvent partiellement, par les complémentaires santé). En effet, les dépassements d'honoraires ont augmenté de 68 % entre 1990 et 2006. L'attrait du secteur 2 pour les médecins nouvellement installés est également un facteur d'inquiétude. Pour le CESE, ce problème de dépassements d'honoraires doit être profondément revu pour assurer l'équité ;
- d'accroissement du taux de prise en charge des soins par les complémentaires. Le « gros risque », bien pris en charge par l'assurance maladie, absorbe une part croissante de la ressource (en 2005, 60 % des remboursements étaient consacrés aux ALD, ce chiffre devrait atteindre 70 % en 2015) alors que la prise en charge du « petit risque », qui concerne l'ensemble de la population se dégrade (cf. infra). Or, la frontière est difficile à tracer entre le « petit » risque d'aujourd'hui et le « gros risque de demain ». En outre en 2007, le taux de couverture moyen par la Sécurité sociale est particulièrement faible en matière d'optique (4,33 %), d'audioprothèses (14,8 %) et de prothèses dentaires (28 %). Les organismes complémentaires également participent de plus en plus à la prise en charge des dépenses hospitalières dans leurs remboursements ;
- d'augmentation progressive du forfait hospitalier non remboursé par la Sécurité sociale. Créé en 1983, son montant d'environ 3 € à l'origine est aujourd'hui de 18 € par jour¹¹ ;

⁹ M. Didier Tabuteau estime à 55 % environ le taux de prise en charge des soins courants, le HCAAM à 90 % du fait de l'intervention des complémentaires. Ce sujet est clairement présenté comme un objet de débat entre les économistes de la santé.

¹⁰ Le HCAAM (2008) estime que 50 % des individus en ALD sont susceptibles d'atteindre le plafond de franchise de 50 € par l'achat de médicaments.

¹¹ Tout acte médical lourd, d'un montant supérieur à 120 euros est soumis au même forfait.

- de mise en place, en 2008, dans le cadre d'une politique affichant pour but la responsabilisation du patient, de franchises médicales sur les médicaments, les actes d'auxiliaires médicaux et les transports sanitaires.

Ce reste à charge n'est pas sans conséquence sur la dépense de santé et le recours tardif, voire le renoncement au recours aux soins. Selon l'Enquête santé protection sociale (ESPS 2008), les franchises ont eu un impact sur la consommation de médicaments des ménages les plus pauvres. Les niveaux de reste à charge même relativement faibles que doivent supporter les jeunes peuvent les pousser à renoncer aux soins.

Des inégalités territoriales

En dépit d'un nombre encore élevé de médecins (327 médecins pour 100 000 habitants) en 2009, la France souffre de nombreuses disparités territoriales. Ce phénomène est essentiellement circonscrit aux zones rurales et aux quartiers dits « sensibles ». Pour le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) (rapport 2006), cette tendance liée aux évolutions démographiques¹² et sociologiques de la profession (réduction du temps de travail, vieillissement des médecins, émergence d'une revendication à une meilleure qualité de vie...) risque d'accentuer encore le non renouvellement de la profession dans les zones peu attractives. Pour assurer la permanence des soins et éviter l'engorgement des urgences, la réorganisation de l'offre de soins doit être poursuivie et sa diversité garantie. En outre, la réduction du secteur 1 limite l'accès à un spécialiste à un tarif conventionné pris en charge par la Sécurité sociale. Elle accentue, au-delà des difficultés d'accès aux soins, le déséquilibre de la répartition des praticiens sur le territoire.

Afin de répondre aux difficultés financières et territoriales d'accès aux soins, le CESE préconise plusieurs pistes favorisant la régulation de l'offre :

🔴 Inciter les praticiens à exercer dans les zones de faible couverture médicale

afin de garantir l'installation d'un nombre suffisant de médecins conventionnés sur un bassin de vie¹³ ;

- adopter des mesures incitatives en faveur de l'installation des médecins dans les zones désertifiées et sensibles. Des incitations à l'installation dans ces zones déficitaires existent et le CESE souhaite renforcer l'information sur ces dispositifs. Par exemple, le Contrat d'engagement de service public (CESP) assortit l'octroi d'une bourse à une obligation d'exercice dans une zone sous-médicalisée pendant une durée équivalente à celle de la perception de l'aide. Il prévoit l'accompagnement du projet professionnel. 100 contrats ont d'ores et déjà été signés. Les jeunes médecins choisissent majoritairement d'exercer dans leur région d'internat. 90 % des inégalités de répartition étant intra régionales, il importe donc de les inciter à exercer sur l'ensemble de ce territoire ;
- favoriser le regroupement des jeunes médecins en exercice libéral à leur initiative ou en leur proposant un exercice dans des centres de santé et maisons de santé pluridisciplinaires avec des modes de rémunération contractualisée, forfaitisée ou salariée ;

¹² Au 1^{er} janvier 2007, la France comptait 208 000 médecins actifs. Selon les projections de la Drees, leur nombre devrait baisser de près de 10 % au cours des dix prochaines années. (Études et Résultats Drees n° 679 - 2009).

¹³ Le Cadrage des orientations pour les négociations conventionnelles (CONC) prévoient une amélioration de la répartition géographique à travers le zonage défini par les ARS.

- préserver, tout ou partie, du bénéfice de certains outils incitatifs aux praticiens qui respectent les orientations fixées par le schéma régional d'organisation des soins (par exemple, la prise en charge par l'assurance maladie de la moitié des cotisations retraite et maladie des professionnels libéraux) ;
- favoriser la création de maisons de santé pluridisciplinaires (généralistes, spécialistes, infirmiers, kinésithérapeutes...) dans les quartiers sensibles et les zones rurales « désertées » permettant, en outre, grâce à une présence médicale sur des plages horaires étendues, de pallier l'engorgement des urgences.

Enfin dans cette perspective de régulation de l'offre, le CESE préconise de dresser un bilan de l'augmentation du *numerus clausus* des professions de santé. En effet, il a été augmenté de façon conséquente. Par exemple, pour les médecins, il était de 4 700 places en 2001 et de 7 000 en 2010. Les premières générations de professionnels ayant bénéficié de cette mesure, achèvent leur cycle de formation. Faute d'un accompagnement adéquat, cette augmentation pourrait ne pas se traduire par une installation dans les zones déficitaires.

Si ces mesures incitatives sont insuffisantes, et si cette tendance devait perdurer, des mesures plus dissuasives devront être envisagées. Le CESE préconise que l'assurance maladie limite le conventionnement dans ces zones « surdensées ». Dans cette perspective un bilan de ce type de disposition, mise en œuvre dans la convention régissant les infirmières, a été dressé. Un nouvel avenant améliorant le dispositif a été conclu entre les infirmiers et l'assurance maladie. Le CESE propose que ce type de politique soit poursuivi avec d'autres professionnels de santé. Les pouvoirs publics ne pourront laisser se développer les « déserts médicaux » et devront assumer leurs responsabilités. La liberté d'établissement ne doit pas conduire à priver certaines personnes de soins. En effet, le CESE souligne la distorsion entre médecins formés et médecins qui exercent.

Développer une offre de soins financièrement accessible

- Maîtriser les dépassements d'honoraires par une meilleure information des patients sur les tarifs des professionnels. L'accès au secteur 2 doit être régulé. La mise en place d'un secteur optionnel, appliqué à la chirurgie, à l'obstétrique et à l'anesthésie-réanimation est également à l'étude. En aucun cas, il ne doit mettre en péril le secteur 1 à tarifs opposables. Dans ce dispositif, les praticiens s'engageraient notamment à réaliser 30 % de leurs actes au tarif de la Sécurité sociale et, pour les autres actes, à limiter les dépassements d'honoraires à un certain plafond en contrepartie de leur prise en charge partielle par les complémentaires. Toutefois le CESE attend que ce dispositif favorise l'égalité de l'accès aux soins, et ne conduise pas à la banalisation des dépassements d'honoraires. Il en préconise un suivi et une évaluation.
- Développer des modes de rémunération diversifiés :
 - au forfait pour la prise en charge des missions d'intérêt général : prévention, télésurveillance, astreinte, éducation à la santé, suivi des personnes en ALD...¹⁴ ;
 - par une rémunération spécifique pour la coordination des soins.

Plusieurs de ces pistes font actuellement l'objet de négociations conventionnelles entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), l'UNOCAM et les professionnels de santé. Le CESE considère que les organisations professionnelles représentatives des futurs et jeunes médecins doivent être associées à ces négociations afin de promouvoir

¹⁴ La CONC prévoit d'intégrer la prévention dans la rémunération sur objectifs de santé publique.

de nouvelles formes de pratiques professionnelles et de définir des mesures d'incitation à l'installation dans des zones sous dotées.

LES VOIES ET MOYENS POUR MIEUX GOUVERNER LE SYSTÈME DE SANTÉ

Les réformes des systèmes de santé engagées dans la plupart des pays développés cherchent à concilier des objectifs sociaux d'égalité d'accès, de résultats sanitaires, de viabilité économique et de satisfaction des usagers. Le même défi se pose au système français. Comment accroître l'efficacité globale du système ? Comment mieux définir le rôle respectif des différents acteurs ? Comment, dans cette perspective, articuler la solidarité nationale et la protection sociale complémentaire ?

Optimiser l'efficacité du système

➡ Optimiser le parcours de soins

Améliorer la formation des professionnels de santé pour garantir une meilleure prise en charge. Afin d'améliorer la qualité des soins et de limiter les examens et prescriptions inutiles, les protocoles de soins et, sous l'impulsion de la Haute autorité de santé (HAS), les recommandations de bonnes pratiques et de bon usage des soins se diffusent.

Afin d'accompagner et d'amplifier cette évolution, les professionnels de santé doivent bénéficier d'une formation initiale et continue et d'une information de qualité qui soient indépendantes.

Aussi le Conseil économique, social et environnemental préconise de :

- **mieux intégrer la dimension « prévention »** dans les cursus des professionnels de santé et de développer des actions de prévention ;
- **mutualiser la formation initiale et continue** avec les autres professionnels de santé afin de faire naître des habitudes de travail en commun ;
- **valoriser la médecine générale** en développant les stages en médecine ambulatoire ;
- **renforcer l'enseignement sur la connaissance du médicament** dans les études médicales Cette action suppose de poursuivre la sensibilisation de la population à une utilisation avisée des médicaments et d'engager cette éducation dès le plus jeune âge. Cette responsabilisation de chacun des acteurs est essentielle afin de limiter la pression du patient à la prescription ;
- **mettre rapidement en place le Développement professionnel continu (DPC) obligatoire** conditionnant le droit d'exercer de tout professionnel de santé. Dans ce cadre, les organismes de formation devraient bénéficier d'un label qualité garantissant l'éthique, l'indépendance et la qualité des formations proposées ce qui faciliterait leur agrément.

Coordonner le parcours des soins. Il s'agit d'un enjeu essentiel pour notre système de soins. Afin de répondre aux attentes de la population, d'offrir des prestations de qualité en maîtrisant l'augmentation de leur coût, une nouvelle organisation de la prise en charge

apparaît nécessaire. Des progrès ont été enregistrés en la matière avec l'introduction du médecin traitant..., mais des marges d'efficience peuvent encore être recherchées notamment en matière d'articulation entre l'hôpital et le secteur ambulatoire.

Aussi, le CESE préconise :

- **de rendre le parcours de soins** plus compréhensible et plus accessible ;
- **d'optimiser le recours aux services des urgences.** Les défauts de notre organisation sanitaire, par exemple les lacunes de prise en charge la nuit par la médecine ambulatoire, pèsent lourdement sur ces services, notamment pour les enfants et les personnes âgées. Dès lors, le coût financier de ces recours, parfois excessif aux urgences, est supérieur à celui observé dans les autres pays de l'OCDE (HCAAM 2008). Le coût humain notamment pour les personnes âgées dont l'état de santé peut se détériorer aux urgences est également à déplorer (cf. avis du CESE sur *La dépendance des personnes âgées*) ;
- **de mieux assurer** le suivi sanitaire des jeunes par le développement de la médecine préventive universitaire et le renforcement du suivi de la visite médicale obligatoire en licence¹⁵. Le CESE propose que tous les jeunes entrant dans un parcours d'insertion, puissent bénéficier d'un bilan de santé et d'un suivi, si nécessaire. Il convient de mettre en place des guichets dédiés à l'information et à l'ouverture des droits.

Le CESE recommande :

- **d'améliorer l'orientation des personnes** avant leur accès aux urgences, par exemple en assurant mieux l'information sur les médecins, infirmières et pharmaciens de garde par divers canaux comme des sites internet, la gendarmerie nationale et en optimisant les services du centre 15 à cet effet ;
- **de mettre en place des plages horaires d'accès direct** (sans rendez vous) aux médecins généralistes ;
- **de créer, autant que nécessaire, des Maisons médicales de garde** (MMG). Il conviendrait à cette fin de pérenniser leur financement, *via* le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) ;
- **d'organiser la sortie de l'hôpital afin d'éviter toute rupture de soins.** Des initiatives se développent en la matière avec la prise en charge des sorties de maternités pour des grossesses physiologiques par des sages femmes libérales (expérimentation de la CNAMTS) ou des personnes âgées (dispositif de la CNAV et de la MSA - avis du CESE sur *La dépendance des personnes âgées*). Ces solutions peuvent prendre appui sur les professionnels de santé libéraux ou les centres de santé ;
- **de développer des solutions alternatives** à l'hospitalisation et de permettre un accès aux soins de qualité à l'ensemble de la population, plus particulièrement dans les territoires étendus et/ou éloignés de la Métropole, grâce à la chirurgie ambulatoire, aux réseaux de soins, aux SSIAD et par le recours à des moyens technologiques modernes tels les techniques de télésurveillance, de télé médecine, la robotique, le télé-enseignement...

¹⁵ Les lacunes relatives à la santé et à la protection sociale des étudiants ont été mises en valeur par le rapport de M. Wauquiez de décembre 2006. Selon l'enquête nationale sur la santé des étudiants de La Mutuelle des étudiants (2011), seuls 32 % des étudiants de licence ont bénéficié d'une visite médicale pourtant obligatoire.

- **de favoriser des délégations d'actes et de conforter la coopération entre professionnels de santé.** La loi HPST (article 51) offre de nouvelles possibilités en matière de répartition des tâches entre professionnels et de création de nouveaux métiers qualifiés à l'interface des métiers médicaux et paramédicaux. Cette évolution doit tenir compte des métiers existants, correspondre à un mode d'exercice professionnel, à des responsabilités identifiées et assorties d'une formation validée. Elle suppose une amélioration correspondante des rémunérations.

Développer des outils d'informatisation et d'aide à la décision

Le CESE préconise de promouvoir des outils de dématérialisation pour suivre les parcours et de favoriser la généralisation du dossier médical personnel expérimenté dans quatre régions (Alsace, Aquitaine, Franche-Comté, Picardie). En effet, si une première tentative de développement du dossier médical s'est révélée très décevante, cette démarche permet d'offrir un suivi personnalisé, particulièrement pertinent pour les malades atteints d'affections de longue durée.

Les médecins sont autorisés à consulter l'ensemble des prestations remboursées par la Sécurité sociale. Le CESE souhaite, sans préjudice du développement en cours du Dossier pharmaceutique (DP) et du Dossier médical personnel (DMP), que les pharmaciens soient, au même titre que les médecins et dans les mêmes conditions de sécurité et de confidentialité, autorisés à consulter le fichier des remboursements limités aux seules prestations pharmaceutiques. En cas de doute, cette mesure contribuerait efficacement à la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse.

Un système de gouvernance qui a beaucoup évolué

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la Sécurité sociale ont dessiné les contours d'une nouvelle gouvernance du système de soins :

À l'État d'être le garant de l'accès des assurés aux soins et le maître d'œuvre des objectifs de santé publique ; à lui aussi la responsabilité de fixer les grands équilibres financiers qui sont soumis au vote du Parlement dans le cadre des lois de financement de la Sécurité sociale.

À l'assurance maladie, une plus grande délégation de gestion en particulier en matière d'inscription au remboursement des actes médicaux et de biologie et en fixant les taux de remboursement de diverses prestations et produits dans des conditions fixées par décret. En revanche malgré les intentions de départ, elle demeure exclue de la gouvernance du secteur hospitalier public. De même une meilleure association à la politique du médicament ne s'est pas concrétisée.

Pour la mise en œuvre de ces nouvelles compétences, la loi de 2004 a créé l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), afin d'assurer une meilleure coordination des différentes caisses nationales (CNAMTS, CCMSA et CANAM). Cette réforme a été accompagnée aussi de changements importants au niveau des instances dirigeantes de la

CNAMTS tant dans la composition du conseil d'administration, devenu « conseil » que dans le rôle respectif dévolu à ce dernier et au directeur général de la Caisse.

Le CESE souhaite réaffirmer clairement un certain nombre de principes qui lui paraissent essentiels à la sauvegarde de la « philosophie » du système français de Sécurité sociale :

- *le maintien du principe d'une gestion des institutions de la Sécurité sociale*¹⁶ notamment en matière de santé, par les intéressés, afin qu'ils s'en sentent responsables¹⁷. Pour le CESE, ni l'évolution de la protection sociale vers un système universel, ni la « fiscalisation » croissante de ses ressources ne doivent remettre en cause le rôle des autres acteurs de sa gestion et notamment les partenaires sociaux ;
- *la rénovation de la gouvernance de l'hôpital en renforçant le rôle de l'UNCAM*, conformément au principe selon lequel le payeur doit jouer un vrai rôle dans la prise de décision ;
- *l'évaluation de la mise en place* de la tarification à l'activité avait pour objet de favoriser la convergence tarifaire entre l'hôpital public et le secteur privé. Elle a pu, dans certains cas, conduire certains hôpitaux à privilégier les spécialités médicales les plus rentables. Le CESE considère qu'il serait utile de dresser un bilan de cette réforme ;
- *le recours aux conventions médicales pour orienter l'installation des médecins*. La loi délègue à l'UNCAM le pouvoir de traduire des principes légaux dans des conventions négociées¹⁸. Pour le CESE, des accords régionaux encadrés au plan national peuvent se développer sur l'organisation, la permanence, la coordination des soins y compris avec l'hôpital, ainsi que sur l'installation des professionnels de santé¹⁹.

Le rôle des organismes complémentaires

➤ En dépit des efforts consentis, l'inégalité d'accès à une complémentaire santé perdure

De transferts en déremboursements de l'assurance maladie obligatoire, l'accès aux soins est de plus en plus corrélé au fait de posséder une complémentaire santé dont, mécaniquement, les coûts d'acquisition ne cessent de croître.

La proportion de personnes couvertes a fortement augmenté entre 1980 et 2008, passant de 69 % à 94 %²⁰. En 2008, 6 % de la population, soit 4 millions de personnes ne disposaient pas d'une complémentaire santé (46 % ne peuvent y accéder pour des raisons financières, 22 % par choix et 14 % en raison d'une prise en charge à 100 %)²¹. Si la plupart

¹⁶ Motifs de l'ordonnance du 4 octobre 1945.

¹⁷ « Donner aux allocataires le sens vivant de leurs responsabilités à l'égard des organismes créés pour gérer leurs intérêts », Pierre Laroque.

¹⁸ L'obligation de trouver des nouvelles structures pour réformer la Sécurité sociale, R. Ruellan.

¹⁹ Les ARS un retour vers plus d'État, Rémi Pellet.

²⁰ Enquête santé protection sociale (ESPS- 2008).

²¹ En outre, 700 000 à 1,2 million de bénéficiaires de la CMUC n'avaient pas fait valoir leurs droits. Comprendre les causes du non recours à la CMUC, Étude de Sandrine Dufour-Kippelen - 2006.

d'entre-eux sont couverts par des organismes complémentaires²², 14 % ne bénéficiaient d'aucune couverture santé. En ce qui concerne l'ACS, ce nombre est de 516 499 en mai 2010 pour une cible potentielle de 2 millions de personnes²³.

Enfin, certaines catégories sociales, comme les étudiants, les salariés de petites entreprises, les retraités et les chômeurs rencontrent de plus en plus de difficultés pour financer une complémentaire santé. La situation des jeunes étudiants, par exemple, apparaît préoccupante (34 % renoncent aux soins pour des raisons financières et 19 % ne disposent pas d'une mutuelle)²⁴. Les jeunes en insertion professionnelle peuvent également rencontrer des difficultés pour accéder à une complémentaire santé. Les 2/3 des salariés couverts par une complémentaire le sont par le biais de leur entreprise²⁵. Au total la moitié des Français sont hors de tout dispositif incitatif.

Les principes de l'articulation entre régime de base et complémentaire santé doivent être « mieux encadrés »

La substitution de l'Assurance maladie complémentaire (AMC) à l'Assurance maladie obligatoire (AMO) est de nature à accroître les inégalités d'accès aux soins. Seul un socle public fort peut organiser efficacement des politiques de santé publique alliant qualité, sécurité des prises en charge, régulation des coûts, prix et tarifs et permettre un développement cohérent de la complémentarité, financièrement accessible au plus grand nombre.

En effet, même si des exceptions demeurent, la plupart des complémentaires modulent leurs cotisations en fonction de l'âge, voire des profils de risque, (ce qui pose le problème de l'équité devant la couverture maladie) et adaptent leurs niveaux de couverture en fonction des ressources. Ceci contrairement à l'assurance maladie obligatoire qui ne sélectionne ni le sujet, ni le risque, et ne conditionne pas le niveau de protection aux ressources de l'assuré.

Dès lors, le CESE considère que le financement et la gestion de la santé doivent reposer essentiellement sur la solidarité nationale.

Toutefois, le système complémentaire peut continuer à jouer un rôle, sous plusieurs conditions :

- La promotion de l'accès de tous à une complémentaire :
 - par l'incitation à la négociation dans les entreprises ou dans les branches, afin d'accroître les protections collectives ;
 - par la diffusion de l'information sur les dispositifs CMUc et ACS ;
 - par l'étude de mesures favorisant le plus large accès de tous à une complémentaire, par exemple le relèvement du seuil pour bénéficier de l'ACS ou l'instauration d'une mesure fiscale sous condition de ressources.
- La fixation de règles de respect des garanties de solidarité et de qualité s'impose à tous les acteurs. Le CESE juge nécessaire de renforcer les garanties d'égalité, de solidarité et de qualité dans les contrats responsables, excluant ainsi toute forme de

²² À Nancy, une complémentaire santé de groupe pour les personnes en situation de précarité (donc à la CMU) est expérimentée pour deux ans initiée par la FNARS et ATD Quart Monde, ce projet est soutenu par le Fonds CMU, la Mutualité française, la Communauté urbaine du Grand Nancy, la ville de Nancy, le Conseil régional et le Conseil général de Meurthe et Moselle.

²³ Avant l'augmentation du seuil de 20 % à 26 % du plafond de la CMUc au 1^{er} janvier 2011.

²⁴ Enquête de la Mutuelle des étudiants en LMDE de mai 2011.

²⁵ Enquête EPS 2008.

questionnaires de santé préalables au contrat. Il estime, par ailleurs, que ces contrats responsables devraient être la norme.

- La question du renforcement, dans certains cas, de la part des complémentaires dans la gestion du risque se pose. La capacité de régulation des complémentaires pourrait être accrue sur certains risques où leur part est prépondérante (optique et prothèses dentaires). Pour autant, le CESE préconise de maintenir tous les risques dans l'assurance maladie obligatoire. Il y aurait un risque de perte de confiance si, pour les soins courants concernant le plus grand nombre, les Français ne pouvaient recourir à la Sécurité sociale.
- La définition de la place des complémentaires dans la gouvernance de la branche maladie : il convient que l'UNOCAM soit en mesure de remplir toutes ses missions définies par décret et renforcées par les lois de financement de la Sécurité sociale, s'agissant notamment des négociations conventionnelles tripartites. Elle doit être saisie préalablement à toute décision impactant l'activité des complémentaires.

AFFIRMER LE PRINCIPE DE L'UNIVERSALITÉ DES RESSOURCES POUR GARANTIR UN FINANCEMENT PÉRENNE ET SOUTENABLE DE LA SANTÉ

Le CESE a, dans des avis, identifié un certain nombre de pistes de financement pour abonder le budget de la santé et assurer un équilibre durable des comptes. Il souligne que, plus généralement, ces recettes pourraient être accrues afin de contribuer au financement de la protection sociale. Certaines pistes ont d'ailleurs été préconisées par le CESE pour le financement de la dépendance (cf. Avis du CESE, juin 2011). Il souhaite parvenir à un financement du système de protection sociale en favorisant l'activité économique et le travail.

Une dette structurelle préoccupante, en dépit des efforts réels de maîtrise des dépenses

Le rythme de croissance des dépenses est supérieur à celui de la richesse nationale (augmentation du PIB qui va elle-même conditionner l'augmentation des recettes). Cette situation suppose de rechercher, dans le respect des contraintes budgétaires l'efficacité de la réponse sanitaire à travers, par exemple, le parcours de soins ou la maîtrise de prescription de médicaments (la France est au troisième rang européen en termes de consommation de médicaments).

L'aggravation du déficit structurel

- le déficit du régime général est évalué à 19,5 Md € en 2011²⁶ dont 10,3 pour l'assurance maladie ;

²⁶ Les Comptes de la Sécurité sociale, cf. supra.

- les comptes de la Sécurité sociale n'ont plus été excédentaires depuis 2001, toutefois la crise a accentué cette tendance en impactant de manière importante les recettes. Sur l'ensemble des deux années 2009-2010, les recettes n'ont progressé que de 2 % (avec une baisse notable en 2009) alors que les dépenses ont augmenté de 6,5 % et ce malgré un infléchissement de leur croissance particulièrement marqué pour celles relevant de l'ONDAM)²⁷. C'est cet écart persistant entre dépenses et recettes qui explique le creusement du déficit du régime général de 14 milliards d'euros sur cette période ;
- la création de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) en 1996 a pour mission d'amortir la dette sociale française (dont le montant des dettes cumulées est estimé à 140,6 Md € en 2011).

Une relative maîtrise de la progression des dépenses (maîtrise de l'ONDAM)

Outil de régulation de la dépense de santé, l'ONDAM, faute d'une évaluation réaliste des dépenses et des recettes n'a été respecté qu'en 1997, année de sa création, puis en 2010. Son exécution a été conforme à l'objectif voté dans la loi de financement de la Sécurité sociale, soit 162,4 Md €. Le dépassement prévisionnel, notamment dans le champ des établissements de santé, a été compensé par une diminution de dotations pour un montant équivalent²⁸. Plusieurs pistes de régulation ont été avancées²⁹ : accroître la transparence dans la construction de l'objectif, formaliser et renforcer le dispositif de suivi et de pilotage et instaurer de nouveaux outils afin de prévenir les risques de dépassement.

Sur quels principes fonder la recherche de nouvelles recettes devenues incontournables ?

Dans un contexte de mondialisation croissante de l'économie, les relations avec nos partenaires européens ont profondément évolué. En effet, la mise en place du marché unique a renforcé la compétition entre les entreprises européennes et les critères de Maastricht ont imposé un contrôle strict de l'évolution des dépenses publiques. Ces contraintes ont pesé sur les pays dont les systèmes de protection sociale sont financés par des cotisations sociales. La question de l'impact de la diminution des prélèvements sur le travail (coût brut/coût net) sur la compétitivité de l'économie française est d'ailleurs posée³⁰. Si les débats demeurent vifs, une augmentation des cotisations sociales pesant sur le travail semble difficile.

Toutefois, si le niveau des prélèvements obligatoires rend les marges de progression étroites, de nouvelles recettes doivent être recherchées. Cette démarche doit s'accompagner, d'une part d'une amélioration du service rendu afin que cet effort soit compris et accepté par tous et, d'autre part de la maîtrise de la progression des dépenses inhérentes au vieillissement de la population et au progrès médical.

²⁷ *Les Comptes de la Sécurité sociale*, cf. *supra*.

²⁸ Annexe 7 PLFSS 2011.

²⁹ Rapport Briet (2010).

³⁰ Avis du CESE - *Quels enseignements tirer de la crise en matière de garantie sociale ?*, 2009.

Vers un élargissement du financement de l'assurance maladie ?

Les recettes des régimes de base d'assurance maladie sont évaluées à 166,5 Md € pour 2010. La part des cotisations sociales dans ces recettes est de 45 % (soit 76,5 Md €), la part des cotisations prises en charge par l'État et la Sécurité sociale est de 1,9 % (3,1 milliards €), la CSG contribue pour 35,4 % au financement des régimes de base (soit 59 Md €), les impôts et taxes affectés au financement de la protection sociale représentent quant à elles 13,5 % (13,5 Md €), les transferts d'organismes tiers 1,3 % (2,2 Md €) et enfin les contributions de l'État (majoritairement pour exonérations compensées) et autres ressources pour 1,9 % (3,1 Md €)³¹.

Le déficit des régimes de base est estimé à 11,3 Md € en 2011, 9,8 Md € en 2012 et encore 7,2 Md € en 2014³². La maîtrise des dépenses de santé, si elle est nécessaire, ne peut être la seule réponse à ce besoin de financement.

Dans cette perspective, le CESE souligne le constat du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, formulé dans son rapport de novembre 2010 sur *L'assurance maladie face à la crise : éléments d'analyse*. Celui-ci tend à distinguer le déficit structurel d'une part, de l'ordre de 5 Md €, et de l'autre le déficit conjoncturel, lié notamment à la crise, évalué à 5,4 Md €.

Les débats ont porté sur le rendement des pistes à envisager, leur faisabilité à court terme et la nécessité d'approfondir la réflexion sur certaines voies novatrices de financement.

Le CESE rappelle que l'affectation budgétaire de ressources spécifiques aux différentes branches de la Sécurité sociale présente l'avantage de faire apparaître clairement les besoins de financement et, le cas échéant, l'importance des mesures de redressement à effectuer rapidement.

Le CESE a examiné plusieurs pistes de financement.

Il semble en effet difficile de trouver des recettes pérennes et dynamiques sans une réforme d'ampleur des prélèvements obligatoires, en lien avec l'amélioration du système de santé.

Le Conseil souligne la nécessité de mener une réflexion concertée pour parvenir à une réforme profonde de l'assiette de financement de la protection sociale afin de ne pas handicaper l'emploi.

Ces pistes auraient mérité un approfondissement afin de recueillir une majorité dans les délais impartis.

Ces pistes sont :

- **Une évolution du taux de la CSG**

Une augmentation modérée de la CSG serait de nature à garantir de nouvelles recettes pour l'assurance maladie. En effet, son assiette est large et prend en compte l'ensemble des revenus. En outre, selon la jurisprudence européenne, la CSG est assimilable à une contribution sociale et peut donc être affectée au financement de la protection sociale (arrêt du 15 février 2000 de la Cour de justice des communautés européennes).

Les taux de CSG sont de :

- 7,5 % pour les revenus du travail ;

³¹ Loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2011, cf. *supra*.

³² PLFSS 2011. En 2011, les recettes des régimes de base ont été légèrement supérieures aux estimations initiales (172,2 dans le PLFSS 2011 et 173,5 dans le PLFSS rectificatif).

- 6,6 % pour le taux plein sur les revenus de remplacement (retraites, pensions chômage et invalidité, etc.)³³ ;
- 8,2 % sur les revenus du patrimoine.

Le rendement d'un point de CSG global est de l'ordre de 11 Md €³⁴. Les revenus d'activité représentent 70,6 % de son rendement, le reste étant assis sur les revenus de remplacement (18,6 %), les revenus de patrimoine et de placement (9,7 %) et les revenus des jeux (0,5 %).

Pour notre assemblée, cette contribution, payée par tous les citoyens, serait de nature à contribuer, de façon équitable et pérenne, à l'assainissement des conditions de financement de l'assurance maladie et au-delà de la Sécurité sociale.

- **Une mise en place de la TVA sociale.** Le rapport d'un point de TVA, compte tenu de l'assiette, est élevé. L'OCDE³⁵ préconise le relèvement du taux de TVA réduit (au moins dans certains secteurs) pour financer la protection sociale. Le rendement estimé de la majoration d'un point du taux réduit de TVA s'élève à 2,6 Md €. Un relèvement de 2,5 points de ce taux, de 5,5 % à 8 %, procurerait ainsi 6,5 Md € de recettes supplémentaires³⁶. Le rendement d'un relèvement d'un point de la TVA au taux normal (19,6 %) serait de 6,5 Md €.

Une telle mesure, à condition que les recettes soient affectées au financement de l'assurance maladie, est de nature à accroître l'assiette imposable. En effet, l'ensemble des biens, notamment importés et des services sont soumis à la TVA. Elle pèserait sur le pouvoir d'achat, plus particulièrement sur celui des personnes disposant de faibles revenus.

- **Un réexamen des exemptions et des exonérations de cotisations sociales**

Les exonérations de cotisations sociales s'élèvent à 32,3 Md € en 2009 (dont 2,6 Md € non compensés par l'État)³⁷. Elles relèvent de réduction à caractère général sur les bas salaires, jusqu'à 1,6 fois le SMIC (22,3 Md €) et sur les heures supplémentaires (3,1 Md € - loi Tepa). S'ajoutent des exonérations ciblées, par exemple, sur les services à la personne ou en faveur des territoires défavorisés.

Le CESE propose d'en examiner la pertinence en fonction du contexte économique et social actuel. En effet, une évaluation « fine » de ces dispositifs et de leurs impacts économiques et sociaux semble aujourd'hui nécessaire. Elle devra prendre en compte le secteur d'activité, son exposition à la concurrence internationale, la taille de l'entreprise, le nombre de salariés... Si, selon ces différents critères, le coût de certaines exonérations et exemptions apparaît trop élevé au regard de leur impact positif sur l'emploi, des révisions partielles d'assiette et/ou de bénéficiaires pourraient être examinées.

- **La création d'une taxe internationale sur les transactions financières.** Les modalités d'une telle taxe doivent être définies au niveau international.
- **Une meilleure prise en compte de la valeur ajoutée produite par les entreprises** afin de rapprocher les critères de calcul des cotisations sociales de ceux retenus dans le cadre de la réforme de la taxe professionnelle. Dans cette perspective, les

³³ Selon le niveau de revenus des taux de 0 % et 3,8 % sont également applicables.

³⁴ 11,2 milliards d'euros en 2009 (et serait de 11,3 milliards d'euros en 2010).

³⁵ Rapport 2011.

³⁶ Débat d'orientation des finances publiques 2011, Rapport d'information n° 616 de la Commission des finances du Sénat déposé le 6 juillet 2010 par P. Marini.

³⁷ PLFSS 2011.

cotisations sociales ne seraient plus seulement adossées au travail mais également à la production.

Cet élargissement de l'assiette permettrait de ne pas pénaliser les activités économiques à forte intensité de main d'œuvre et de mieux prendre en compte la valeur ajoutée dans le calcul des cotisations sociales. Cependant, il aurait pour conséquence de pénaliser l'investissement qui est compris dans la valeur ajoutée. L'assiette des cotisations pourrait, sous réserve d'une étude d'impact préalable, être élargie aux revenus financiers du capital qui ne sont pas compris dans la valeur ajoutée.

- Le CESE souhaite qu'une réflexion soit menée sur **le recours aux taxes sur les activités et les produits** ayant des impacts sanitaires liés aux dégradations **environnementales**, et ce pour financer la protection sociale, sous réserve que ces dispositions soient conclues au niveau européen.
- Par ailleurs, certains économistes proposent **une fusion de la CSG et de l'impôt sur le revenu**. Cette question fait actuellement débat et permettrait, selon eux, de rendre les prélèvements obligatoires plus progressifs et plus justes en répartissant mieux la charge fiscale et sociale. Le CESE s'inquiète de la perte d'identité d'un éventuel grand impôt progressif. La distinction du budget de l'État et des organismes sociaux doit perdurer et représente un obstacle majeur à cette réforme des prélèvements obligatoires par une fiscalisation (voire même budgétisation) des prélèvements sociaux.

Déclarations des groupes

Agriculture

Le CESE ne peut que se féliciter d'être désormais saisi par le gouvernement sur des questions de première importance pour le pays.

Nous sommes très satisfaits que cet avis soit l'occasion pour le CESE de réaffirmer son attachement à quelques grands principes essentiels qui fondent notre protection sociale et particulièrement celui de l'universalité d'accès à la santé. Il suppose notamment de remédier aux inégalités territoriales en matière de répartition des professionnels de santé.

Plus généralement - malgré l'urgence dans laquelle nous avons travaillé - les éléments de diagnostic qui ressortent de ce texte assez compact pointent bien les thèmes nécessitant de réels progrès et conduisent à des préconisations pertinentes.

On peut citer, par exemple, l'optimisation du parcours de soins dont une des personnalités auditionnées a bien montré combien nous pouvions espérer de gains, à la fois en termes d'économies pour la sécurité sociale et en termes de santé pour les patients. On peut également citer l'amélioration de la prévention, un sujet sur lequel la Mutualité sociale agricole est très investie. Il aurait d'ailleurs éventuellement mérité des développements plus importants, compte tenu des avancées que l'on peut en espérer en termes de santé publique. Mais notre section pourra le faire avec plus d'opportunité encore et en disposant de plus de temps dans le cadre de la saisine confiée au Professeur Etienne.

Nous étions particulièrement attendus par le Premier ministre sur la question des modalités de financement pérenne d'un système devenu depuis longtemps déficitaire, la situation des régimes de base dans le champ de la maladie étant évidemment en première ligne.

Il faut bien avouer que la section a rencontré quelques difficultés pour formuler des préconisations consensuelles dans ce domaine ; toutefois les écueils ont pu être contournés grâce à la science consommée du compromis dont a fait preuve notre rapporteur. Nous sommes ainsi parvenus à indiquer des pistes que les uns et les autres ont affirmé vouloir explorer plus en profondeur ultérieurement.

Le groupe de l'agriculture considère que l'une de ces pistes, qui consiste à instaurer une part de TVA supplémentaire dont le produit serait consacré au financement de la protection maladie, a vocation à déboucher sur une mise en œuvre rapide. L'une des hypothèses évoquées dans l'avis portant sur une augmentation du taux normal de 19,6 % permettrait à notre sens de minimiser l'impact de la mesure sur le niveau de vie des foyers les plus modestes, un impact que certains de mes collègues craignent, non sans légitimité.

Par ailleurs, nous avons apprécié que des conditions explicites soient posées à un réexamen des exonérations de cotisations sociales dont bénéficient certains secteurs ou certains types d'emplois. Cette piste, qui pourrait également procurer à terme des recettes supplémentaires à l'assurance maladie, ne doit pas conduire en effet à remettre en cause la compétitivité de secteurs très exposés à la concurrence internationale.

Il aurait également été souhaitable que nous puissions évoquer dans notre avis de déplacer le financement des prestations universelles vers un financement universel. C'est, semble-t-il, la bonne réforme pour les indépendants et pour la compétitivité.

Nous nous réjouissons qu'aient été prises en compte nos remarques et que soit introduit dans le texte un point d'éclaircissement concernant la double nature - structurelle d'une part et conjoncturelle de l'autre - du déficit de l'assurance maladie.

Le groupe de l'agriculture a voté l'avis.

Artisanat

Le groupe de l'artisanat se réjouit que notre assemblée reçoive de nombreuses saisines gouvernementales. Celle sur la protection sociale - à l'origine de cet avis - était très ambitieuse dans ses objectifs ; or, le délai pour y répondre n'était pas à la hauteur de cette ambition. Le groupe de l'artisanat estime en effet que le temps a manqué pour approfondir certaines questions et ainsi répondre à toutes les problématiques soulevées par la lettre du Premier ministre.

Concernant le financement de l'assurance maladie, le groupe de l'artisanat approuve l'appréciation portée par l'avis sur la situation financière du régime de base. Rappelant l'ampleur de son déficit, il souligne - à juste titre - la nécessité d'optimiser l'efficacité du parcours de soins et de rechercher des recettes nouvelles, avec le double souci de parvenir à un système de financement « pérenne et soutenable » et ne portant préjudice ni à l'activité économique ni à l'emploi.

Cependant, parmi les pistes de financement avancées, le groupe de l'artisanat considère que celle préconisant un réexamen des exonérations de charges est en décalage avec ces objectifs. S'il est certain que la reprise économique ne permettra pas, à elle seule, de réduire de façon substantielle le déficit de l'assurance maladie et qu'il importe de rechercher de nouvelles ressources, celles-ci ne devront, en aucun cas, accentuer le poids des prélèvements obligatoires pesant sur les entreprises de main-d'œuvre.

Le groupe de l'artisanat entend rappeler que c'est bien pour réduire le coût du travail lié aux charges sociales que le dispositif des allègements sur les bas salaires a été instauré dès 1993, sans être remis en cause depuis. Il rappelle également que de nombreuses études ont montré l'efficacité de ces allègements sur l'emploi des personnes peu qualifiées. Tout récemment encore, le Conseil d'orientation pour l'emploi a souligné - dans son rapport sur l'emploi dans les très petites entreprises - que ces dernières étaient les plus sensibles au coût du travail.

Le groupe de l'artisanat ne peut donc pas adhérer à la piste d'une remise en cause éventuelle de tout ou partie de ces allègements. Il est toutefois rassuré partiellement par la précision, dans l'avis, de la nécessité d'une réforme profonde de l'assiette de financement de la protection sociale, afin de ne pas handicaper l'emploi ; mais il estime qu'une telle réforme doit être le préalable à un réexamen desdits allègements.

Par ailleurs, le groupe de l'artisanat regrette que l'avis soit réticent à reconnaître le rôle des complémentaires santé, même s'il encourage les entreprises et les branches à négocier ce type de couverture afin que tous les salariés en bénéficient. Au-delà d'un fort socle commun de prise en charge, les complémentaires santé doivent en effet, permettre l'accès aux soins de tous.

Concernant la gouvernance, en revanche, le groupe de l'artisanat partage la position de l'avis lorsqu'il souligne la nécessité de préserver certains principes garants de l'autonomie de gestion de l'assurance maladie.

En raison des réserves précitées, le groupe de l'artisanat s'est abstenu sur l'avis.

Associations

La presse s'en faisait l'écho il y a quelques jours à peine : la santé et la qualité des soins dans notre pays préoccupent 57 % des Français. C'est dire l'actualité et l'importance de nos débats. Les raisons de cette inquiétude sont connues et rappelées dans cet avis. La pérennité du système assurantiel de protection sociale, l'augmentation constante des restes à charge et les inégalités territoriales forment le triptyque du malaise de nos concitoyens. Sur les deux derniers points, les préconisations contenues dans l'avis semblent à la fois pertinentes et porteuses d'équité sociale.

Avant d'entrer dans les détails, le groupe des associations souhaite exprimer sa profonde satisfaction devant le consensus autour de l'universalité du système de protection sociale, seule garantie en effet d'allier efficience et équité. Au-delà de ce point, il semble également utile de souligner la gageure que représentait cette saisine, notamment en ce qui concerne le financement. Compte-tenu de la diversité de notre assemblée, comment parvenir en trois mois à un consensus sur une question non résolue depuis la fin des Trente Glorieuses ? Le groupe des associations remercie le rapporteur, de s'y être attelé avec détermination.

Le manque de temps et la complexité du sujet ont amené à réduire le champ de l'avis à l'assurance maladie. Au-delà des autres branches de la Sécurité sociale, la composante non assurantielle de la protection sociale, c'est-à-dire non contributive, est - elle aussi - essentielle. Qu'il s'agisse des politiques sociales mises en place par l'État et les collectivités territoriales, des très nombreuses actions déployées par les associations sanitaires et sociales et les fondations ; la protection sociale mériterait d'être analysée dans sa définition large.

Pour ce qui concerne les associations spécifiquement, leur rôle en matière de prévention comme en matière d'accès aux soins pour les populations les plus fragilisées est primordial et aurait sans doute mérité d'être davantage valorisé.

Pour le groupe des associations, un élément semble pourtant manquer dans cet avis. Dans la ligne de la saisine du Premier ministre, une place significative est faite au rôle des complémentaires. Notre groupe est très attaché à son appartenance à l'économie sociale. Nous regrettons donc que les mutuelles, porteuses des valeurs et des pratiques de cette « autre économie », et les assurances privées soient mises sur un pied d'égalité.

Quels que soient les atouts des assurances privées - que nous ne contestons pas - la non-lucrativité et la non-sélectivité ont, pour nous, un sens. En particulier quand il s'agit de santé.

Partageant malgré tout les propositions faites en matière d'optimisation de l'efficience des parcours de soins ou de regroupements des professionnels, le groupe des associations a voté l'avis.

En préambule, nous voulons rappeler que la santé est l'un des secteurs de l'économie qui fait la richesse d'un pays. Elle représente 11,8 % du PIB (chiffres 2009), pas 11,8 % de charges ! La santé, c'est une activité de main-d'œuvre performante, des services qui fonctionnent, des millions d'emplois. C'est un formidable secteur d'investissement.

Cependant, les dysfonctionnements dans l'organisation conduisent à une moindre qualité de la prise en charge des personnes et à une augmentation des coûts. Par exemple, par un recours excessif aux hospitalisations alors que les patients pourraient être pris en charge ailleurs.

Les dépassements d'honoraires des médecins deviennent insupportables. Ils représentent en 2010, 2,5 milliards d'euros, soit 12 % du total des honoraires perçus. Ce chiffre peut paraître modeste. Il l'est moins lorsque l'on sait par exemple que les chirurgiens en secteur à honoraires libres (85 % d'entre eux) facturent en moyenne 56 % de plus que le tarif opposable (*de 10 % au premier décile à 240 % au dernier décile*). Il ne s'agit pas de pointer une spécialité pour la stigmatiser mais de montrer que l'augmentation régulière des dépassements rend nécessaire une réforme structurelle du système, au-delà de la lutte indispensable contre les dépassements abusifs, qui concerne une minorité de médecins.

Les débats qui avaient eu lieu lors de la discussion de la loi HPST sur la médecine de ville, relancés actuellement au Parlement, nous renforcent dans notre conviction qu'il faut revoir les modalités d'installation des professionnels. De plus en plus de jeunes médecins ne veulent plus exercer en solitaire mais dans un cadre plus collectif. De nombreuses initiatives prouvent que le regroupement de professionnels, en développant des modes de rémunération différenciés, est désormais possible. Pour la CFDT, il est souhaitable que les professionnels s'emparent des différentes possibilités qui leur sont offertes pour s'organiser. Notre organisation soutient également la possibilité pour les organismes mutualistes de mettre en place un conventionnement spécifique dans le cadre de leurs réseaux de soins, thème en discussion au Parlement.

Par ailleurs, la CFDT souhaite que les débats en cours sur le médicament débouchent sur la transparence des coûts, le renforcement des règles de bon usage et une indépendance accrue de la formation des prescripteurs, notamment pour intervenir auprès des patients âgés. Le déficit de formation en gériatrie entraîne une inflation dans la prescription préjudiciable aux patients et aux dépenses sociales.

Quant aux débats sur le déficit :

- une partie du déficit est conjoncturelle : la crise économique entraîne une baisse des recettes. Ce débat n'est pas celui de la saisine, il faut que la France fasse les bons choix en matière d'investissement pour l'économie de demain et entre autres dans le secteur de la santé ;
- une partie du déficit est structurelle. Est-il possible d'augmenter les recettes lorsqu'une partie de la population subit les conséquences de la crise ? Dans le cadre d'une réforme globale de la fiscalité des ménages, est-il possible de dégager des recettes supplémentaires pour l'assurance maladie ? La part que veut consacrer notre pays à ses dépenses de santé fait partie des débats essentiels qu'il faut mener, en gardant à l'esprit que plus le reste à charge des ménages augmente, plus le risque de renoncement aux soins s'accroît. Parmi les pistes de financement

évoquées dans l'avis, la CFDT reste hostile au choix de la TVA qui pèserait comme l'indique l'avis « *sur le pouvoir d'achat, plus particulièrement sur celui des personnes disposant de faibles revenus* ».

Mais, pour la CFDT, toute augmentation des prélèvements qui serait consacrée à la santé doit obligatoirement s'accompagner d'une réorganisation du système de soins pour maîtriser les dépenses de santé, tout en apportant une meilleure réponse aux besoins de santé de la population. C'est la grande mission des agences régionales de santé dont l'objectif affiché est de permettre un découplage des domaines d'intervention des différents intervenants du monde de la santé.

La CFDT a voté l'avis pour les priorités affichées qui rejoignent les orientations de notre organisation : garantir l'accès de tous aux soins ; organiser de manière plus efficiente le parcours de soins ; développer la prévention. La CFDT est aussi attachée à une bonne articulation entre l'assurance maladie et les organismes complémentaires en renforçant « *dans les contrats responsables les garanties d'égalité, de solidarité et de qualité* ».

CFE-CGC

La CFE-CGC remercie le rapporteur pour le difficile exercice de présentation qu'il vient de faire.

Si notre organisation est consciente de la difficulté du sujet abordé à la fois pour les enjeux qu'il porte mais aussi pour son impact sociétal et l'attachement de nos concitoyens à notre sécurité sociale, elle estime que cette saisine gouvernementale était une chance pour le CESE d'émettre à travers cet avis des propositions suffisamment audacieuses pour ouvrir au gouvernement des pistes de travail pour les années à venir.

Bien entendu, la CFE-CGC ne peut que partager les principes fondamentaux basés sur :

- une assurance maladie solidaire qui conjugue qualité de l'offre et efficience des dépenses ;
- une politique active de prévention ;
- l'accès de tous aux soins en termes de répartition de l'offre sur le territoire et de maîtrise des honoraires ;
- l'optimisation du parcours de soins, le développement de coopération entre professionnels de santé, la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse et l'actualisation de la formation médicale continue.

Aujourd'hui se négocie une nouvelle convention entre les médecins et l'assurance maladie. Le projet, beaucoup plus innovant que celui qui vient de nous être présenté, lie une partie de la rémunération à l'atteinte d'objectifs de santé publique en valorisant la qualité des pratiques, ce qui est un réel pari et demande une grande vigilance de tous dans la mise en application.

C'est pourquoi, la CFE-CGC regrette que les préconisations émises dans cet avis se contentent de conforter des actions déjà mises en œuvre concernant l'offre de soins sans défendre le niveau de prise en charge des assurés. Nous ne voulons pas d'une assurance maladie avec un socle minimum ciblé sur les ALD ou les plus fragilisés.

Nous ne voulons pas d'un transfert massif vers les complémentaires santé car c'est la porte ouverte à une couverture plus aléatoire fonction des revenus ou de la branche professionnelle.

Une telle orientation nous conduirait tôt ou tard à la mise en place de boucliers sanitaires qui sont pour nous contraires à notre pacte social.

En ce qui concerne le financement, la CFE-CGC préconise la création d'une cotisation sociale sur la consommation. Nous revendiquons des taxes affectées mais en estimant toutefois que la CSG pénalise trop fortement les revenus du travail. Nous ne soutenons pas la taxe environnementale pour financer la protection sociale, estimant qu'une telle taxe devrait être fléchée uniquement vers l'environnement.

Au regard de ce qui vient d'être dit et sans remettre en cause le travail effectué, la CFE-CGC constate que la copie rendue n'est pas à la hauteur de l'attente que laissait prévoir la saisine. Si nous voulons que le CESE ait la place qu'il revendique légitimement en tant que troisième assemblée de France, il nous faut émettre des avis qui permettent aux décideurs d'avancer.

Cet avis ne répond pas pour la CFE-CGC à cet objectif.

Dans le contexte de crise que nous traversons, nos concitoyens ont besoin d'une assurance maladie gage d'une protection pour eux et leurs familles. Les pistes telles que la remise en cause des exonérations de charges sociales, la chasse aux abus des acteurs et l'arrêt des dérapages de tout genre sur le dos de notre système solidaire, doivent être exploitées sans tabou.

Les efforts doivent être partagés par tous et non ciblés uniquement sur la responsabilisation des salariés et des classes moyennes.

Dans ce contexte, la CFE-CGC s'est abstenue.

CFTC

Pour le groupe de la CFTC, l'avis, même si les délais pour le rédiger n'ont pas été suffisants, contient des informations et des propositions qui montrent au gouvernement ce qui fait consensus et ce qui fait débat et cela sur des aspects qui ne sont pas secondaires.

Une question, pas nouvelle, est posée par cette saisine : jusqu'où pouvons-nous aller sur des sujets à forts enjeux, qui font dans le même temps l'objet de négociations entre les partenaires sociaux ou de débats avec le gouvernement ? Si le CESE n'est pas l'ultime instance de concertation, les organisations ici représentées ne peuvent approuver des compromis qui restreignent par ailleurs leur capacité de négociations.

Le groupe de la CFTC approuve les préconisations de l'avis, particulièrement celles concernant la garantie de l'accès de tous aux soins que ce soit géographiquement, par activité et surtout par la prise en charge des soins.

La CFTC réaffirme son opposition au choix de faire glisser sur les complémentaires santé les remboursements de soins ou de médicaments pour améliorer les comptes de l'assurance maladie. Cela réduit l'universalité et donc la solidarité à l'échelle de la nation par rapport à la gestion et au financement de la santé. La segmentation du marché qui en découle peut aboutir à une très forte inéquité de cotisations ou de prise en charge sur des critères de santé, d'âge, ou de risque potentiel. Ce risque serait aggravé par le développement des organismes

à but lucratif, à l'image des dérives du système de santé des États-Unis. Les propositions sur l'obligation de contrats responsables vont dans le bon sens et sont donc très importantes.

Sur le financement, le groupe de la CFTC approuve la prudence de l'avis. En effet, des pistes à explorer comme l'augmentation de la CSG, la TVA sociale, ou la prise en compte de la valeur ajoutée des entreprises sont très complexes dans l'évaluation de leurs avantages et inconvénients. Elles font l'objet par ailleurs de débats dans lesquels notre organisation est impliquée.

La CFTC, si elle n'exclut pas la piste de la CSG, réaffirme l'importance d'avancer sur l'aspect universel et équitable de son assiette en traitant à égalité tous les revenus, particulièrement les revenus financiers ou spéculatifs. Cette option pose le problème de la non prise en compte de la capacité contributive que respecte mieux l'impôt sur le revenu.

Quant à la TVA sociale, sa nature d'impôt sur la consommation, nous fait craindre qu'elle ne pèse sur le pouvoir d'achat, dans la mesure où nous sommes convaincus du fait que peu d'entreprises répercuteraient la baisse des cotisations sociales sur leurs prix.

Un réexamen des exemptions et exonérations de cotisations sociales des entreprises s'avère nécessaire, ne serait-ce qu'en regard du rapport entre leur efficacité et leur coût.

Pour conclure, une question : pourra-t-on efficacement réduire les coûts de la santé tant qu'elle représentera, pour trop de professions ou d'activités, un moyen de s'enrichir fortement avec les conséquences que nous connaissons tels les dépassements d'honoraires, l'explosion du secteur II, les coûts de l'optique et du dentaire ou des médicaments ? Ce sont essentiellement les complémentaires santé qui assument cette charge, mais n'arrivons-nous pas aux limites de ce système ? Dans ce domaine, c'est moins la contrainte que des moyens de régulation plus efficaces qui sont à mettre en place.

Ses principales préoccupations ayant été prises en compte par le rapporteur, la CFTC a voté l'avis.

CGT

La CGT aurait écrit différemment la partie de l'avis traitant le service public hospitalier, préconisé la sortie des exonérations de cotisations accordées aux entreprises, revendiqué la démocratie sociale dans la gestion de la sécurité sociale.

L'avis prend sa source dans les principes et les valeurs imaginés par les concepteurs de la sécurité sociale, sans toutefois s'enfermer dans le passé. Ces derniers ont donné à notre système son originalité, son caractère hybride. La CSG elle-même, depuis sa création, est sujette à interprétation : impôt ou contribution sociale selon l'idée que l'on se fait de l'avenir de la sécurité sociale.

Prenant le contre-pied d'idées souvent entendues, l'avis affirme que la protection sociale est un investissement pour la société, un moyen de garantir la cohésion sociale, de permettre le développement des territoires.

Or cet investissement qui a permis l'universalisation de la couverture sociale, a été rendu possible par un financement largement ancré sur le travail. La notion de coût du travail prend alors une connotation bien étrange, peut-être idéologique et fondée sur des intérêts partisans.

Aussi peut-on se demander si la situation financière de la sécurité sociale, résultant de celle de l'emploi et des salaires, ne découle pas d'une crise profonde du travail.

Confronté à ces questions, l'avis n'oublie jamais la priorité de l'humain. Se référant aux principes d'origine et aux valeurs de solidarité, il évoque ce qui particularise et différencie les régimes obligatoires de sécurité sociale et les organismes complémentaires, pour identifier la place et le rôle de ces derniers dans le système, lucide sur leur utilité mais aussi sur leurs limites et le besoin de les réguler.

L'avis porte un regard perspicace sur l'évolution des besoins, produite par les transformations de notre société qui, complexes, recouvrent des domaines aussi divers que la santé, la famille, la démographie dans un monde où l'économie s'est globalisée, financiarisée, où le progrès des connaissances a modifié la perception des risques et où se forment des exigences à l'égard de la vie et de son environnement.

C'est ce parti pris de l'humain qui conduit à insister sur la prévention, sur les insuffisances de la protection sociale des jeunes, restes d'un passé où la vocation du système fût d'abord d'aider les plus pauvres souvent âgés, à montrer les marges existantes pour améliorer l'organisation de notre système de santé.

L'avis a résisté au débat ambiant sur le déficit de la sécurité sociale. Cela a permis d'échanger sur ses causes, sur la nature des crises passées et récentes dont la CGT considère qu'elle est structurelle. Les différentes pistes de financement ont été débattues. Il conviendra de poursuivre la réflexion pour une réforme plus fondamentale du financement qui doit rester ancrée sur le travail, dissuader la financiarisation de l'économie et favoriser l'emploi et les salaires.

La CGT ne partage pas toute mesure qui aurait pour conséquence de réduire le pouvoir d'achat des salariés telle l'augmentation générale de la CSG par exemple.

Le groupe CGT a voté l'avis.

CGT-FO

C'est dans des délais courts que la section des affaires sociales et de la santé a travaillé sur la saisine gouvernementale. Le rapporteur a dû relever ce défi et propose une synthèse des points de vue et avis quelquefois très contrastés des membres de la section.

Le groupe FO salue la qualité du travail malgré ces fortes contraintes et adhère au fait que le rapport soit centré sur l'assurance maladie.

L'attachement de Force ouvrière à la sécurité sociale est connu et le groupe se félicite que cet avis renforce l'assurance maladie solidaire en tant que pivot de la couverture du risque maladie.

Aussi le groupe FO partage le principe réaffirmé que la garantie d'un égal accès aux soins passe par un financement et une gestion de la santé reposant essentiellement sur la solidarité. Effectivement, l'assurance maladie ne sélectionne pas le sujet, ni le risque, et ne conditionne pas le niveau de protection aux ressources de l'assuré.

Cet avis réaffirme en quelque sorte les principes fondateurs de la sécurité sociale, définis en particulier à l'article 1^{er} de l'ordonnance du 4 octobre 1945, qui crée une « *organisation de la sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité, les charges de famille qu'ils supportent* ».

Le contexte socio-économique et la crise ont pour conséquence d'accentuer les difficultés en matière d'accès aux soins. Différents facteurs sont à prendre en considération :

- le reste à charge toujours plus important ;
- le dépassement d'honoraires ;
- la démographie médicale ;
- la restructuration de l'offre publique de soins.

L'avis proposé dégage diverses pistes, qui méritent d'être explorées comme l'incitation à l'installation de médecins dans des zones de faible couverture médicale, la limitation du reste à charge, favoriser la prévention, évaluer les conséquences de la mise en place de la tarification à l'activité qui a pu conduire notamment des hôpitaux publics à privilégier les spécialités les plus rentables.

Enfin, la question du financement est sans conteste, ce qui a fait le plus débat. Il est proposé d'examiner différentes pistes, afin de rendre pérennes les recettes, qui pour FO doivent garantir aux assurés sociaux les prestations tant en niveau qu'en qualité.

La mise en place de la TVA sociale ne fait pas partie des propositions soutenues par FO, d'une part parce que comme le rappelle l'avis, elle pénalise les personnes aux plus faibles revenus et d'autre part, parce que nul ne peut en garantir l'affectation.

D'une manière générale, pour ce qui concerne l'équilibre entre cotisation et CSG ou impôt, le groupe FO tient à rappeler qu'une réelle clarification entre responsabilités et comptes demande à être opérée afin de distinguer et de s'accorder sur ce qui relève de la sécurité sociale et sur ce qui relève de la solidarité nationale.

À ce sujet, le groupe FO partage l'analyse de l'avis, hostile à une fusion de la CSG et de l'impôt sur le revenu dans la mesure où elle aboutirait à mettre en cause la progressivité et où elle fragiliserait le financement de la sécurité sociale.

Cependant, *in fine*, le bilan global tiré de cet avis a permis au groupe FO de le voter.

Coopération

Sur un sujet délicat, l'avis du CESE dessine la cartographie des différentes pistes qui permettraient de faire face au défi considérable du financement de notre protection sociale.

Pour le groupe de la coopération cette réflexion doit s'inscrire dans une double prise en compte :

- d'une part, le maintien d'un niveau élevé de protection sociale basé sur l'universalité et la redistribution, prenant en compte les plus faibles ; si notre pays a moins souffert que d'autres des effets de la grave crise financière et économique, c'est bien parce que les amortisseurs sociaux, à la base de notre pacte républicain, ont pleinement fonctionné ;
- d'autre part, notre pays évolue dans un contexte de mondialisation ne mettant pas seulement en concurrence les biens et les services, mais aussi les systèmes sociaux et de plus en plus les modes de vie eux-mêmes. Comment, dès lors, préserver la compétitivité de nos entreprises ? Celles-ci sont vivement confrontées à des concurrents dont les coûts de production sont moindres, puisque dans notre pays le financement de la protection sociale repose encore très largement sur le travail ; dans certains secteurs, c'est la survie de nos entreprises coopératives, qui sont en grande majorité des PME, qui est en jeu. Comment tenir un discours

sur la réciprocité des obligations sociales et environnementales entre les États, quand existent de tels droits de douane à l'envers ? La nette dégradation des performances françaises en matière de commerce extérieur est, à cet égard, particulièrement inquiétante.

Dans ce contexte, la piste d'un financement de la protection sociale *via* une augmentation ciblée de la TVA, mériterait un examen plus approfondi sur les modalités de sa mise en œuvre, d'autant que les techniques modernes le permettent aujourd'hui. Concernant son impact sur la consommation, les conséquences défavorables d'une hausse de la TVA sur les ménages modestes pourraient être évitées, notamment si les produits de première consommation en sont exonérés et si la hausse n'est pas répercutée intégralement par les commerçants : or, il a souvent été observé une répercussion partielle voire nulle quand la TVA est passée à 20,6 % car les commerçants peuvent limiter leur marge en période de crise. À l'inverse, la baisse de la TVA sur la restauration de 19,6 à 5,5 % a été très peu répercutée... En Allemagne, sous le gouvernement Schröder, la hausse de la TVA de 15 à 19 %, se substituant partiellement aux cotisations sociales pesant sur les salaires, a permis à l'industrie allemande un gain de compétitivité dont le pays apprécie aujourd'hui le résultat.

Concernant les cotisations sociales, le nombre de dispositifs d'exonérations ou d'abattements de cotisations existants démontre que le système français de cotisations sur les salaires est inadapté à la mondialisation. Il prime les importations à bas coûts, voire la fraude et le travail illégal en général, qui eux, ne supportent pas le financement de la protection sociale.

Parmi les autres modalités de financement identifiées dans l'avis du CESE, la hausse de la CSG pourrait constituer également une piste sérieuse, même si la CSG est également devenue complexe par sa déductibilité partielle de l'impôt sur le revenu, dont le dispositif a un temps été justifié par un basculement de cotisations sociales vers la CSG. Au taux constant et unifié à 7 % par exemple, la non déductibilité de l'impôt sur le revenu (qui était la règle à la création de la CSG) permettrait d'accroître le rendement global de l'impôt en affichant une baisse de taux.

« *S'il n'y a pas de solution miracle* », notre pays se doit de tenter des réformes qui ont pour objectif de le rendre plus compétitif, mieux armé pour maîtriser les effets de la mondialisation, tout en préservant la solidarité indispensable à la cohésion nationale.

Le groupe de la coopération a voté en faveur de l'avis.

Entreprises

La protection sociale incarne le pacte de solidarité entre tous les citoyens. Elle compte parmi les sujets les plus prégnants de notre société tant elle touche à notre vie quotidienne et constitue un enjeu important pour les générations à venir. La France est le deuxième pays du classement OCDE qui enregistre les dépenses de santé les plus élevées en proportion du produit intérieur brut (11 %).

Le groupe des entreprises partage nombre de préconisations faites dans cet avis, qu'il s'agisse de la nouvelle approche des risques sociaux, de la garantie de l'accès de tous aux soins, du renforcement de la prévention ou encore de l'optimisation de l'efficacité du parcours de soins.

La lettre de saisine du Premier ministre nous invitait à aller plus loin : « *Il pourra être opportun de s'interroger sur les financements nécessaires pour assurer la pérennité de notre système de protection sociale et l'équilibre durable de ses comptes* ».

Et sur ce point précis, le groupe des entreprises est resté sur sa faim !

C'est au prix de la maîtrise des dépenses et de l'augmentation des ressources, qu'un financement durable de la protection sociale pourra être établi.

En effet, avant d'esquisser quelques pistes de financement, nous pensons que l'avis aurait dû insister d'emblée sur la nécessaire maîtrise des dépenses médicales et également sur une volonté accrue de lutte contre les fraudes. Ainsi, notre groupe aurait-il souhaité que soit développé un système de statistiques sur les actes médicaux et l'optimisation des moyens.

Le déficit structurel couplé aux besoins grandissants des dépenses de santé (dus entre autres à l'allongement de la durée de vie), va nécessiter de rechercher de nouvelles ressources à la hauteur des enjeux.

Notre groupe tient à rappeler qu'il n'existe aucune alternative à la réduction des dépenses publiques.

L'avis propose quelques pistes sans les hiérarchiser : l'évolution du taux de la CSG, la mise en place de la TVA sociale, le réexamen des exemptions et des exonérations de cotisations sociales, la création d'une taxe internationale sur les transactions financières, la meilleure prise en compte de la valeur ajoutée produite par les entreprises, le recours aux taxes environnementales.

Le groupe des entreprises estime indispensable que chacune d'entre elles fasse l'objet d'étude d'impact à l'aune de l'impérieuse nécessité de préserver, dans un contexte de concurrence mondiale, le cercle économique vertueux : compétitivité, croissance, emploi, cotisations.

Notre inquiétude est réelle car il nous semble que sur ce sujet si important qu'est la protection sociale et son financement pérenne, nos concitoyens sous-estiment trop souvent les enjeux.

Sans doute avons-nous engagé, avec cet avis, une réflexion commune de la protection sociale et sur ce qui relève de la responsabilité individuelle et de la responsabilité collective. Cette réflexion doit être poursuivie.

C'est dans cette perspective que le groupe des Entreprises a voté favorablement l'avis.

Environnement et nature

Pour le groupe environnement et nature, il était important que le Conseil économique, social et environnemental soit saisi sur le sujet majeur de la protection sociale et il est judicieux que la saisine ait été resserrée aux principaux défis auxquels est confronté notre système de santé.

Le groupe environnement et nature ne peut que soutenir les préconisations répondant aux difficultés financières et territoriales d'accès aux soins, en particulier les mesures incitatives en faveur de l'installation des médecins dans les zones désertifiées et sensibles et les mesures consistant à maîtriser les dépassements d'honoraires. Ces dépassements se banalisent et vont croissant, ce qui favorise malheureusement une médecine à deux

vitesse, que nous déplorons. Au-delà de ces enjeux, le groupe aurait voulu pousser plus loin la réflexion sur la pertinence de notre système de paiement à l'acte, un système que certains de nos témoins auditionnés ont mis en cause en le qualifiant d'inflationniste.

Le groupe soutient également les mesures visant à optimiser le parcours de soins, son efficacité nous semblant être la condition d'une médecine qualitative. Cela concerne notamment tout ce qui touche au suivi personnalisé des patients ou encore à une utilisation avisée des médicaments, pour contrer la tendance actuelle qui est à la surconsommation. Enfin, le groupe est sensible à la nouvelle approche des risques sociaux soulignée par le CESE, et notamment à la préconisation d'adaptation de la protection sociale au public jeune.

Point essentiel, le renforcement de la prévention constitue un pan important de cet avis, ce que le groupe soutient évidemment.

Il est dit dans l'avis que « *le système français apporte, en général, une réponse curative de qualité mais gère insuffisamment les risques en amont* » et que doivent se poursuivre des « *politiques de prévention ciblées en fonction des populations et des risques* ». Le groupe souscrit complètement à ce constat mais regrette que ne soient pas soulignés et caractérisés dans l'avis, les risques pour la santé liés à l'environnement (pollution de l'air, de l'eau, lumineuse, sonore...). Ces risques sont en augmentation, et devraient être identifiés comme des cibles de la prévention mais aussi intégrés dans les diagnostics des médecins, et donc faire partie intégrante de la formation des professionnels de santé. À titre d'exemple : l'Union européenne dénombre encore 350 000 morts prématurées par an, liées à la pollution de l'air et un nombre croissant de maladies respiratoires. Les coûts induits par cette situation sanitaire devraient être couverts par des redevances sur la dégradation de l'environnement ayant un impact sur la santé, cette idée est d'ailleurs recommandée comme une piste de financement de la protection sociale.

Sur la question plus générale du financement, nous soutenons le fil conducteur de l'avis qui réaffirme l'importance de conserver le socle de solidarité nationale pour le financement et la gestion de la santé. Ce n'est pas seulement plus équitable et solidaire, mais aussi plus efficace. Toutefois, nous aurions voulu aller plus loin et demander un renforcement de ce socle, érodé progressivement depuis quelques années. Faut-il considérer un remboursement de 4 % pour les lunettes comme définitivement normal ? Ne devrait-on pas redéfinir nos priorités et reconstruire un socle de solidarité digne de ce nom ? Cependant, concernant la recherche de nouvelles recettes, le groupe prend acte du fait que le CESE n'ait pas trouvé un consensus et estime que ce sujet devrait être traité de manière spécifique, dans le cadre d'une réforme d'ampleur des prélèvements obligatoires. Laisser une dette aux générations futures n'est pas une solution acceptable.

Enfin, le groupe souhaite que soit fait un effort particulier sur la gouvernance et demande qu'il soit pleinement permis aux associations, notamment aux associations de patients indépendantes, de participer aux instances et aux processus de décision du système de santé afin d'ouvrir et faire évoluer leur gouvernance.

Avec ses remerciements au rapporteur pour le travail effectué en section, le groupe environnement et nature a voté cet avis et restera vigilant à la bonne intégration des risques pour la santé liés à l'environnement dans la future saisine sur la prévention.

Mutualité

L'avis sur l'avenir de l'assurance maladie, présenté au nom de la section des affaires sociales et de la santé, est important.

La saisine du Premier ministre était si large que le temps a manqué.

Le groupe de la mutualité salue la qualité du travail conduit par le rapporteur, que nous remercions. Il salue aussi la décision de se centrer sur l'assurance maladie. Il salue enfin les liens faits avec les chantiers que sont la prévention, la santé au travail, la dépendance, notamment.

Il est important et heureux que l'avis souligne fortement combien les grandes composantes de la protection sociale sont un investissement pour notre collectivité nationale et sont fondamentaux pour la cohésion sociale et une croissance durable.

Le groupe de la mutualité se félicite que l'avis du CESE réaffirme le principe d'une assurance maladie solidaire et qu'il rappelle qu'un système universel est la garantie de l'équité et de l'efficacité. Accroître les ressources de l'assurance maladie obligatoire, d'abord par la réduction de niches sociales excessives et inopportunes, et mieux dépenser, s'impose.

Néanmoins, le groupe de la mutualité s'est abstenu pour plusieurs motifs.

Le manque de temps n'a pas permis de proposer des idées nouvelles à la hauteur des enjeux, ni de creuser un des éléments importants de la saisine du Premier ministre : l'articulation entre le régime obligatoire et le régime complémentaire, alors que nous sommes à une période charnière et que les complémentaires participent définitivement des conditions de l'accès aux soins.

Sur ce sujet, l'avis aurait pu exposer tout ce qui, aujourd'hui, relève de l'inacceptable.

Les meilleures complémentaires, au regard de l'intérêt général, ne sont pas celles qui solvabilisent sans discernement les dépassements d'honoraires : les garanties inflationnistes, négociées notamment dans l'entreprise, devraient être fortement taxées au lieu d'être fiscalement encouragées.

À défaut, la marchandisation de la santé continuera de plus belle.

C'est dire que le groupe de la mutualité est hostile au minimalisme d'un socle de base complémentaire pour tous, laissant libre champ à toutes les surenchères assurantielles.

Le groupe de la mutualité souligne aussi son opposition à un nivellement fictif des complémentaires : occulter la diversité réelle et le partage fondamental entre lucratif et non lucratif est abusif et inapproprié pour la santé publique.

La santé n'est pas un bien marchand, elle est un droit.

L'assurance maladie complémentaire ne peut plus être confinée à un rôle de payeur aveugle. Elle est devenue *de facto* gestionnaire du risque santé. Aussi, le groupe de la mutualité demande-t-il un cadre juridique permettant d'innover et d'expérimenter, dans l'organisation et la qualité des soins et les relations avec les professionnels de santé, notamment.

Organisations étudiantes et mouvements de jeunesse

L'avenir de la protection sociale, de son périmètre et de son financement, représente un débat de société majeur.

En matière de protection sociale en général, comme en ce qui concerne l'assurance maladie comme le fait l'avis, nous réaffirmons avec conviction notre attachement à l'égard d'un système reposant sur la solidarité nationale et intergénérationnelle.

L'avis souligne la nécessité de redéployer le système de protection sociale en direction des jeunes, afin de garantir son avenir. Pour notre groupe, ce redéploiement doit notamment permettre de conforter financièrement le régime étudiant de sécurité sociale, seul régime spécifique aux jeunes et géré par eux, aujourd'hui fragilisé. Un plan pluriannuel de financement est donc nécessaire pour garantir aux mutuelles étudiantes les moyens d'assurer leur délégation de service public et leurs activités de prévention.

Le groupe des organisations étudiantes et mouvements de jeunesse s'associe pleinement au constat de l'avis sur l'aggravation des inégalités d'accès aux soins en France. La hausse des coûts de santé pèse d'ailleurs durement sur les jeunes populations dont on sait qu'elles sont de plus en plus fragiles socialement. La maîtrise, voire l'interdiction, des dépassements d'honoraires est une impérieuse nécessité : ils contribuent à l'augmentation du reste à charge, à l'engorgement des urgences, ainsi qu'au déséquilibre de la répartition de l'offre médicale sur le territoire. En 2010, les dépassements d'honoraires s'élevaient à 2,5 milliards d'euros et concernaient près d'un quart des médecins. Leur prise en charge par les complémentaires n'est pas une solution satisfaisante et le développement du secteur optionnel proposé par l'avis se doit d'être particulièrement encadré pour éviter que cela conduise à la banalisation de ces dépassements.

La sous-densité de la démographie médicale dans certaines zones rurales ou certaines banlieues compromet l'accès de tous aux soins, à ce titre, des mesures doivent être prises pour favoriser l'installation des médecins en zone sous denses. Les mesures d'aides à l'installation, peu connues des jeunes médecins, doivent être améliorées et mises en avant. L'aide à la création de maisons de santé et des avantages fiscaux sont notamment des mesures plébiscitées par les futurs et jeunes médecins. L'avenir de la protection sociale doit passer par une nouvelle approche des métiers, du temps médical, des modes d'exercice et de rémunération, mais surtout par une véritable politique d'aménagement du territoire et de maintien des services publics. Elle doit aussi passer par une réforme de la formation initiale et continue de l'ensemble des professionnels de santé trop tournée aujourd'hui vers l'hôpital pour permettre aux futurs praticiens d'expérimenter la médecine ambulatoire et généraliste.

En matière de financement de la protection sociale, l'avis propose plusieurs pistes à explorer. Le débat en section n'a pas pu aboutir à des préconisations opérationnelles, faute de temps.

L'étude de nouvelles pistes de financement ne doit pas faire oublier que le maintien d'un niveau de chômage élevé engendre une problématique structurelle pour le financement de la protection sociale. Dans ce contexte, la sécurité sociale se limite parfois à assurer un filet de sécurité à minima, au lieu de garantir une prise en charge de haut niveau. Le développement de telles logiques inégalitaires ne saurait être une perspective d'avenir.

satisfaisante. Le caractère obligatoire de son financement, la progressivité des prélèvements fiscaux pour plus de justice sociale, l'élargissement de l'assiette des cotisations sociales sont des principes de financement auxquels nous sommes attachés.

Dans ce contexte, notre groupe souhaite que le CESE engage une réflexion approfondie sur le financement de la protection sociale et plus largement sur la fiscalité directe et indirecte en France au regard des enjeux sociétaux.

Dans cette perspective, notre groupe vote favorablement l'avis et souhaite que les pouvoirs publics puissent mettre en œuvre les recommandations qui y sont formulées.

Outre-mer

Devant la menace de notre système de protection sociale, le Conseil économique social et environnemental a été saisi par le gouvernement sur l'intitulé *Assurer l'avenir de l'assurance maladie*.

La section des affaires sociales et de la santé a fait un certain nombre de préconisations, compte tenu de l'augmentation des dépenses, dues à la prise en charge des maladies chroniques, de maladies nouvelles, de molécules coûteuses..., associée au déficit structurel et des recettes incertaines.

Le CESE insiste sur le principe d'une assurance maladie solidaire, la qualité de l'offre et l'efficacité des dépenses.

De nombreuses préconisations ont été faites pour tenter de réduire les dépenses de soins tout en améliorant la qualité de l'offre et la couverture territoriale.

Le groupe se félicite que la prévention ait fait l'objet d'un débat dans la section et ait retenu l'attention des conseillers, cette prévention devant commencer depuis l'enfance.

Concernant la réduction des inégalités, les mesures incitatives pour favoriser l'installation des médecins dans les zones de faible couverture médicale est fondamentale, comme il est aussi important dans ces zones d'avoir des regroupements de professionnels sous la forme de centres pluridisciplinaires ou de cabinets de groupe.

Dans le parcours des soins, le CESE insiste sur la réduction des actes inutiles par un suivi personnalisé des patients. Cela est très séduisant mais ce type de suivi est déjà en vigueur et les résultats ne sont pas probants. Il faut certainement aller plus loin.

Le CESE insiste sur l'importance de la mise en place des alternatives à l'hospitalisation dans le but de réduire les dépenses. Cela paraît logique mais le groupe insiste sur la nécessité d'une évaluation du système de la tarification à l'activité dans les hôpitaux.

Si le groupe accueille favorablement les préconisations sur la qualité de l'offre, il est réservé en ce qui concerne le financement de l'assurance maladie. En effet, plusieurs pistes ont été avancées, mais sans aucune orientation.

Certes, le groupe reconnaît le travail effectué par la section en un temps limité. Toutefois il souhaite, compte tenu de l'extrême faiblesse de la densité médicale dans les régions ultramarines, que le CESE mène une étude spécifique.

Le groupe a voté l'avis.

Personnalités qualifiées

Mme du Roscoët : « Un temps imparti très court pour un sujet très vaste, j'irai donc droit au but. Le dossier est fouillé, excellent dans tous les domaines, qui ne concernent ni le financement, ni la chasse au gaspi, aux fraudes. Or, vous l'avez compris, sans financement pérenne, rien n'est possible. Les vœux pieux ne servent à rien. Nous nous devons d'être efficaces, pragmatiques, innovants.

Grâce aux orientations que vous avez données, M. le Président, nous pouvons revenir sur les propositions qui n'ont pas recueilli, faute de temps, une majorité. Deux grands moyens de financement ont été évoqués : le relèvement généralisé du taux de la CSG et j'ai soutenu moi-même la TVA sociale, interpellée par la phrase du sénateur Arthuis : « *Chaque fois que l'on achète un produit étranger, on ne participe pas au financement de notre protection sociale* ». Rejetée d'emblée et avec force dès le début des travaux, la TVA sociale est cependant toujours en suspens parmi nous.

On nous avait demandé de rechercher des exemples à l'étranger. Pourquoi n'a-t-on pas parlé de l'Allemagne, qui a augmenté de trois points son taux de TVA le 1^{er} janvier 2007 pour financer sa protection sociale ? Résultat, peu d'impact sur l'inflation, mais agit comme une dévaluation compétitive qui a pénalisé en particulier la France, les partenaires sociaux allemands ayant bien compris l'intérêt national. Alors, pourquoi cette opposition chez nous ? L'on m'avait dit que la TVA étant un impôt, elle ne pouvait pas être affectée.

Cet argument ne semble plus tenir la route, mais de toute façon, le législateur n'est-il pas là pour remédier à ce genre de problème ? Par ailleurs, si certains sont tentés de garder pour eux le bénéfice du transfert de charges vers le consommateur, il appartient à l'État d'y mettre bon ordre. Il conviendrait également d'adapter certains minima sociaux. Enfin, les produits exportés hors TVA seraient débarrassés de notre coût social, devenant gisements de compétitivité et donc d'emplois. Pourquoi se refuser ce qui fonctionne chez nos voisins ? Le nom ? Quelle importance qu'un nom, seul le résultat compte !

Les temps ont changé, la pyramide des âges s'est inversée, la durée de vie augmente, le temps de travail s'est réduit. L'on ne peut plus comparer la sécurité sociale de 1945 et la protection sociale d'aujourd'hui. Nous nous devons, au-delà de nos différences et peut-être grâce à elles, de rouvrir les dossiers que l'on avait rejetés. Je suis persuadée que la bonne volonté est au rendez-vous, qu'avec des échanges nous pouvons arriver à une solution satisfaisante. Les partenaires sociaux français, j'en suis convaincue, ne sont pas moins responsables que leurs homologues allemands !

Je vous demande, M. le Président, d'inscrire le dossier de la TVA sociale pour un rapport ou un avis, qui démontrerait l'efficacité de cette assemblée. Je voterai donc le projet d'avis ».

Mme Grard : « Tout d'abord, M. le rapporteur, je tiens à vous remercier. Vous avez introduit la synthèse de votre projet d'avis par cette phrase capitale qui en définit la substance, je cite : « *La protection sociale incarne le pacte de solidarité entre les citoyens* ». Pacte de solidarité... encore fallait-il le rappeler !

Constatant que c'est le développement de la pauvreté et de l'inégalité dans la répartition des richesses qui impose un transfert croissant de charges vers la solidarité nationale, vous rappelez que « *permettre à chaque personne ou chaque famille d'accéder à des revenus suffisants pour financer l'accès aux soins et à une couverture sociale satisfaisante, doit représenter une priorité absolue dans les objectifs politiques, plutôt que de substituer des*

aides sociales au revenu normal du travail ». Ainsi, et je vous en sais gré, M. le rapporteur, vous n'avez pas souscrit à ce qu'il faut bien appeler, dans le contexte actuel, une sorte de délation des bénéficiaires de prestations sociales. À plusieurs reprises, lors de réunions de la section, nous avons abordé le problème des fraudes et de leur coût. Force est de constater que les premiers à être montrés du doigt sont les bénéficiaires du RSA et de la CMU. Oui, parmi ces derniers, il en est qui fraudent et ce n'est pas acceptable. Mais pourquoi jeter l'opprobre sur eux quand on sait que, dans leur immense majorité, ils souhaiteraient travailler davantage pour vivre de leurs revenus ? Pourquoi jeter l'opprobre sur eux quand on sait que, dans notre pays, la fraude aux prestations sociales représente 170 millions d'euros, alors que la fraude fiscale est estimée à 2,4 milliards d'euros ? Quand on sait que les fraudes aux prestations sont très largement le fait non pas des bénéficiaires du RSA ou de la CMU, mais de nombreux employeurs qui ne versent pas leurs cotisations sociales, profitant du travail au noir, et de nombreux professionnels de santé qui ponctionnent l'assurance maladie par des facturations frauduleuses ? Pourquoi jeter l'opprobre sur ceux pour qui, comme vous le mentionnez, M. le rapporteur, la question de l'accès financier à l'offre de soins (qu'il s'agisse des dépassements d'honoraires, du reste à charge, etc.) se pose avec de plus en plus d'acuité. Je voudrais vous donner l'exemple d'un « fraudeur ». M. Z perçoit une retraite mensuelle de 185 euros et un complément RSA de 223 euros par mois, soit 408 euros en tout. Pour améliorer l'ordinaire, il tient de temps à autre un stand dans des brocantes. L'apprenant, la Caisse d'allocations familiales lui reproche de travailler illégalement sur les marchés et lui retire le complément de RSA. Franchement, qui parmi nous serait capable de vivre avec 408 euros par mois, *a fortiori* avec 185 euros par mois ?

Merci d'avoir rappelé que la protection sociale est l'incarnation d'une solidarité entre tous les citoyens sans exception. Elle n'est donc pas une assistance octroyée sous réserve à des citoyens de seconde zone considérés comme des fraudeurs potentiels. Merci d'avoir rappelé que la priorité politique absolue est de permettre à tout citoyen d'accéder à des revenus suffisants pour assurer sa propre protection sociale et celle des siens. Je voterai le projet d'avis ».

UNAF

À travers l'exemple de l'assurance maladie, l'avis nous rappelle la complexité de notre système de protection sociale, la multiplicité des acteurs et leurs interactions dans ce système, les difficultés à trouver la voie de son financement pérenne en raison d'un effet ciseaux entre recettes et dépenses, qui n'a aucune raison de se résorber naturellement.

Pour autant, par quelques phrases clés l'avis fait œuvre de pédagogie et permet ainsi au CESE de rappeler un principe fort : « *un système universel est la garantie d'un système équitable et efficient* ». C'est ce principe qui doit laisser son empreinte sur toutes les évolutions souhaitées ou souhaitables de notre système de santé.

Dès lors, avec cette feuille de route, le groupe de l'UNAF partage bon nombre des préconisations qui sont faites dans l'avis.

La place de la prévention doit être renforcée. C'est un point clé et c'est également un des moyens de rendre chacun acteur de sa propre santé.

Autre point essentiel pour le groupe de l'UNAF ; l'État doit être le garant de l'accès aux soins pour toutes les familles sur tout le territoire. L'avis retient un certain nombre de pistes en discussion actuellement pour inciter les praticiens à exercer dans les zones à faible

couverture médicale, comme certaines zones rurales ou certains quartiers en difficulté. Il est important de conduire le plus loin possible les mesures incitatives pour l'installation dans les déserts médicaux, tout en prévoyant des mesures dissuasives pour les installations en zones surdenses.

Le groupe de l'UNAF partage les dangers liés à la création du secteur optionnel et alerte sur les dérives possibles : le secteur optionnel ne peut être une solution à l'expansion continue des dépassements d'honoraires. Il aboutirait au contraire à la disparition totale du tarif opposable de secteur 1, seul dispositif pouvant garantir l'accès aux soins pour le plus grand nombre.

Le groupe de l'UNAF note avec satisfaction la préconisation du CESE s'agissant de l'articulation entre l'assurance obligatoire et l'assurance complémentaire. Tous les risques doivent bien être maintenus dans l'assurance maladie obligatoire, sans distinction entre le petit risque ou le gros risque et même si la prise en charge par la sécurité sociale est d'un faible montant. La question du désengagement de la sécurité sociale par strates successives doit trouver des solutions dans la maîtrise du reste à charge par une articulation organisée entre base et complémentaire et non par un transfert inéluctable sans concertation.

Sur le financement enfin, le groupe de l'UNAF se retrouve dans l'affirmation inscrite dans l'avis selon lequel le CESE souhaite un financement du système de protection sociale favorisant l'activité économique et le travail. Il retient certaines des pistes, comme la CSG, pour rechercher de nouvelles recettes devenues incontournables. Le débat en séance plénière a permis de retenir un principe, que le groupe de l'UNAF souhaitait voir apparaître et devant gouverner à l'introduction de recettes nouvelles dans le système : la nécessaire distinction entre dette structurelle et dette conjoncturelle.

Le groupe de l'UNAF a voté l'avis.

UNSA

La première mission d'un système de santé est de permettre à tous, quels que soient ses capacités financières ou son lieu de résidence, d'accéder à des soins de qualité.

Il doit également permettre de prévenir les risques de santé et d'informer sur l'accès aux soins et la qualité des services prodigués.

Au regard de ces exigences, notre système, s'il est reconnu comme globalement performant, souffre de graves carences qui introduisent de fortes inégalités, ce que démontre l'avis.

Inégalités géographiques tout d'abord car certaines zones sont d'ores et déjà sous-médicalisées, qu'il s'agisse de zones rurales ou de zones urbaines sensibles.

Inégalités financières également du fait de plusieurs évolutions récentes. À commencer par l'instauration de franchises qui n'ont pas fait la preuve des vertus pédagogiques de responsabilisation pour lesquelles elles avaient été créées. Elles ont au contraire provoqué des difficultés d'accès aux soins pour les plus défavorisés.

Les modes de tarification des professionnels de santé, qui privilégient le paiement à l'acte, ont généré de larges débordements. Ils ont permis une pratique de plus en plus inflationniste des dépassements d'honoraires qui rend notre système de santé inaccessible à des populations pauvres.

Les plans d'économies successifs ont déplacé des prises en charge de plus en plus importantes de l'assurance maladie de base vers les complémentaires santé. Cela a entraîné un renchérissement sans cesse croissant de ces dernières. En conséquence, les plus démunis n'ont d'autre solution que de souscrire à des contrats complémentaires moins performants, voire à ne plus pouvoir y souscrire du tout.

Au vu de ce constat, l'UNSA soutient certaines des propositions de l'avis.

La recherche de nouvelles sources de financement est incontournable. L'augmentation de la CSG sur les revenus du patrimoine (financiers et immobiliers) est à retenir. Cependant, nous rappelons que cette proposition a déjà été faite pour financer la dépendance. La même formule ne pourra pas servir à tout financer. Nous demandons, comme le rapporteur, que soient mis fin aux exonérations de charges non compensées par le budget de l'État. Quant aux autres exonérations, nous souhaitons qu'elles soient remises à plat au regard de leur efficacité réelle pour la politique de l'emploi.

En tout état de cause, la pérennité de notre système de protection sociale nécessite une remise à plat du financement dont les pistes n'apparaissent pas clairement dans l'avis.

Un terme doit être mis aux transferts de charges sur les complémentaires santé. L'UNSA propose l'instauration d'une mesure fiscale, de type « crédit d'impôt », permettant à tous les Français d'accéder de façon égale à une couverture complémentaire.

L'instauration d'une aide à la création et au fonctionnement de maisons médicales de garde, qui favoriserait la proximité en aidant au désengorgement des urgences hospitalières, est une proposition intéressante. Cette aide devra être conditionnée à un contrat de service public qui garantit les conditions de permanence de soins et de tarification accessible à tous.

L'UNSA regrette que le projet d'avis soit muet sur les ARS qui sont chargées de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique. Leur action permet un découplage entre le secteur sanitaire et médicosocial. Il facilite ainsi le parcours de soin coordonné.

Malgré de nombreux aspects positifs, l'UNSA regrette que le projet d'avis manque d'ambition eu égard à l'enjeu posé. C'est la raison pour laquelle elle s'est abstenue.

Scrutin

Scrutin sur l'ensemble du projet d'avis

Nombre de votants	194
Ont voté pour	169
Se sont abstenus	25

Le CESE a adopté.

Ont voté pour : 169

<i>Agriculture</i>	MM. Bailhache, Bastian, Mmes Bernard, Bonneau, Doré, Dutoit, MM. Giroud, Gremillet, Mmes Henry, Lambert, MM. Lemétayer, Pelhate, Pinta, Roustan, Schaeffer, Mmes Serres, Sinay, M. Vasseur.
<i>Associations</i>	Mme Arnoult-Brill, M. Da Costa, Mme Gratacos, MM. Leclercq, Pascal, Mme Prado, M. Roirant.
<i>CFDT</i>	M. Blanc, Mmes Boutrand, Briand, M. Honoré, Mme Houbairi, MM. Jamme, Le Clézio, Legrain, Mme Nathan, M. Nau, Mmes Nicolle, Prévost, M. Vérollet.
<i>CFTC</i>	M. Coquillion, Mme Courtoux, MM. Ibal, Louis, Mmes Parle, Simon.
<i>CGT</i>	Mme Crosemarie, M. Delmas, Mmes Doneddu, Dumas, M. Durand, Mmes Geng, Kotlicki, MM. Lepaon, Mansouri-Guilani, Michel, Minder, Prada, Rozet, Teskouk.
<i>CGT-FO</i>	MM. Bellanca, Bernus, Mme Boutaric, M. Chorin, Mme Fauvel, M. Lardy, Mmes Medeuf-Andrieu, Millan, M. Nedzynski, Mme Nicoletta, M. Peres, Mme Perrot, MM. Porte, Veyrier.
<i>Coopération</i>	Mmes de L'Estoile, Lienemann, Mlle Rafael, MM. Verdier, Zehr.
<i>Entreprises</i>	M. Bailly, Mmes Bel, Castera, Colloc'h, Ducottet, Duhamel, Duprez, Frisch, Gri, MM. Jamet, Lebrun, Lejeune, Marcon, Mariotti, Placet, Pottier, Mme Prévost-Madère, MM. Ridoret, Roger-Vasselin, Roubaud, Mme Roy, M. Schilansky, Mme Tissot-Colle.
<i>Environnement et nature</i>	MM. Beall, Bougrain Dubourg, Mmes de Bethencourt, Denier-Pasquier, Ducroux, M. Genest, Mmes de Thiersant, Laplante, M. Louchard, Mmes Mesquida, Vincent-Sweet, M. Virlouvet.
<i>Organisations étudiantes et mouvements de jeunesse</i>	M. Dulin, Mlle Guichet, M. Prévost, Mme Trellu-Kane.
<i>Outre-mer</i>	MM. Arnell, Budoc, Galenon, Janky, Kanimoa, Ledee, Omarjee, Osénat, Mmes Romouli Zouhair, Tjibaou.
<i>Personnalités qualifiées</i>	Mme Ballaloud, M. Bernasconi, Mmes Brunet, Chabaud, MM. Charon, Corne, Mme El Okki, M. Etienne, Mme Fontenoy, MM. Fremont, Gall, Geveaux, Mmes Gibault, Grard, Graz, MM. Guikinger, Hochart, Jouzel, Mmes de Kerviler, Levaux, MM. Marseille, Martin, Mmes de Menthon, d'Ormesson, Ricard, M. de Russé, Mme du Roscoät, MM. Santini, Soubie, Terzian, Urieta.
<i>Professions libérales</i>	MM. Capdeville, Gordon-Krief, Mme Riquier-Sauvage.
<i>UNAF</i>	Mme Basset, MM. Damien, Farriol, Feretti, Fondard, Joyeux, Mmes Koné, L'Hour, Therry.

Se sont abstenus : 25

<i>Artisanat</i>	Mme Amoros-Schwartz, M. Crouzet, Mme Foucher, MM. Griset, Lardin, Le Lann, Liébus, Martin, Mme Sassano.
<i>CFE-CGC</i>	M. Artero, Mme Couvert, MM. Delage, Dos Santos, Lamy, Mme Weber.
<i>Mutualité</i>	MM. Beaudet, Davant, Mme Vion.
<i>Personnalités qualifiées</i>	M. Aschieri, Mme Brishoual, MM. Khalfa, Le Bris, Lucas.
<i>UNSA</i>	Mme Dupuis, M. Rougier.

Liste des personnalités auditionnées

Afin de parfaire son information, la section a auditionné :

- ✓ **M. Didier Tabuteau**
Conseiller d'État, spécialiste des questions de santé et de Sécurité sociale
- ✓ **M. Denis Piveteau**
Président du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
- ✓ **M. Bertrand Fragonard**
Président du Haut conseil pour la famille
- ✓ **M. Dominique Libault**
Directeur, Direction de la Sécurité sociale
- ✓ **M. Raphaël Hadas-Lebel**
Président du Conseil d'orientation des retraites
- ✓ **M. Bruno Palier**
Chercheur du CNRS au Centre d'études européennes de Sciences-PO

Le rapporteur et les membres de la section des affaires sociales et de la santé tiennent à exprimer à tous leurs remerciements pour leur apport aux travaux.

Table des sigles

ACS	Aide à la complémentaire santé
AMC	Assurance maladie complémentaire
ALD	Affectation de longue durée
AMO	Assurance maladie obligatoire
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CESP	Contrat d'engagement de service public
CADES	Caisse d'amortissement de la dette sociale
CONC	Cadrement des orientations pour les négociations conventionnelles
DPC	Développement professionnel continu
FIQCS	Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
HCAAM	Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HPST	Hôpital, patient, santé et territoires
MMG	Maisons médicales de garde
ONDAM	Objectifs nationaux des dépenses d'assurance maladie
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
UNOCAM	Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire

Bibliographie

Les Comptes de la Sécurité sociale, résultats 2010 prévisions 2011 ; rapport de juin 2011, Commission des comptes de la Sécurité sociale,
Maintenant plus que jamais, les soins de santé primaire, Rapport sur la santé dans le monde, OMS, 2008.

Études et Résultats Drees n° 679 -2009.

L'obligation de trouver des nouvelles structures pour réformer la Sécurité sociale, Rolande Ruellan.

La gouvernance de la Sécurité sociale, Problèmes économiques et sociaux 979980

Les ARS un retour vers plus d'État, Rémi Pellet

Quels enseignements tirer de la crise en matière de garantie sociale, Avis du Conseil économique, social et environnemental (CESE) - 2009

Débat d'orientation des finances publiques 2011, Rapport d'information n° 616 de la Commission des finances du Sénat déposé le 6 juillet 2010 par P. Marini.

L'assurance maladie face à la crise: éléments d'analyse, Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), mai 2010

Comptes de la protection sociale en 2009, Drees, Série statistique n° 153, février 2011.

La Sécurité sociale, Cour des comptes, septembre 2010

Pour une révolution fiscale, Camille Landais, Thomas Piketty, Emmanuel Saez, Seuil, 2011.

Rapport d'information sur la prise en charge des urgences médicales, Assemblée nationale, février 2007.

La dépendance des personnes âgées, Avis du Conseil économique, social et environnemental (CESE) - juin 2011.



Dernière publication du CESE

La biodiversité : relever le défi sociétal

et aussi

- *Pôle emploi et la réforme du service public de l'emploi : bilan et recommandations*
- *La dépendance des personnes âgées*
- *La future PAC après 2013*

**Retrouvez l'intégralité
de nos travaux sur
www.lecese.fr**

Imprimé par la direction de l'information légale et administrative, 26, rue Desaix, Paris (15°)
d'après les documents fournis par le Conseil économique, social et environnemental

N° de série : 411110006-000711 – Dépôt légal : juillet 2011

Crédit photo : direction de la communication
du Conseil économique, social et environnemental





LES **AVIS**
DU CONSEIL
ÉCONOMIQUE,
SOCIAL ET
ENVIRONNEMENTAL



Convaincre les citoyens, notamment les jeunes, de la pérennité du système de protection sociale est un enjeu majeur. Investissement d'avenir pour notre collectivité, la protection sociale est à la base du pacte social.

Le CESE a choisi l'exemple de l'assurance maladie pour illustrer ce choix d'une solidarité qui conjugue qualité de l'offre et efficience de la dépense. Il préconise d'inciter les médecins à exercer dans des zones sous dotées, de maîtriser les dépassements d'honoraires, d'optimiser l'efficience du parcours de soins et de mieux articuler la prise en charge par l'assurance maladie et les complémentaires. L'évolution du taux de la CSG, la mise en place d'une TVA sociale, le réexamen des exemptions et des exonérations de cotisations sociales, la création d'une taxe internationale sur les transactions financières et une meilleure prise en compte de la valeur ajoutée produite par les entreprises offrent diverses pistes de financement.



CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL
ET ENVIRONNEMENTAL
9, place d'Iéna
75775 Paris Cedex 16
Tél. : 01 44 43 60 00
www.lecese.fr

N° 41111-0006 prix : 11,70 €

ISSN 0767-4538 ISBN 978-2-11-20874-2



9 782111 208742



**Direction
de l'information légale
et administrative**

accueil commercial :
01 40 15 70 10

commande :
Administration des ventes
23, rue d'Estrées, CS 10733
75345 Paris Cedex 07
télécopie : 01 40 15 68 00
ladocumentationfrancaise.fr