

# « Contribution Sociale Généralisée (C.S.G.) : l'exemple des Pays-Bas »

---

*Institut La Boétie, Novembre 1990*

Robert LAUNOIS<sup>(1-2)</sup>, Eric BOULLET

(1) UNIVERSITE Paris XIII – Faculté de médecine Léonard de Vinci – 74, rue Marcel Cachin - 93017 Bobigny (France)

(2) REES France - 28, rue d'Assas - 75 006 Paris (France) – Email : reesfrance@wanadoo.fr - Site Internet : <http://www.rees-france.com>

*Le Parlement va débattre de la création d'une contribution sociale généralisée.*

*Le projet de loi énonce quelques principes fondamentaux :*

- *La C.S.G. sera assise sur tous les revenus et bénéfices des personnes physiques ;*
- *Elle ne sera pas déductible des revenus imposables ;*
- *Le taux en sera voté tous les ans par le Parlement ;*
- *Les recettes de cet impôt seront intégralement affectées au financement de la sécurité sociale ;*
- *Elle amorce un transfert de certaines charges sociales des entreprises vers les particuliers.*

*Longtemps après ses partenaires européens, la France engage donc une évolution de son système de santé. Parmi les pays où l'Institut La Boétie s'est rendu, les Pays-Bas est celui où le nouveau mode de financement de l'assurance maladie est le plus proche des projets du gouvernement français.*

*Elaboré en 1986, mis en route progressivement depuis 1988r le nouveau plan hollandais sera pleinement opérationnel en 1992.*

## **UNE VOLONTE POLITIQUE DE REFORME**

En 1986, le gouvernement confie à huit experts, réunis sous la présidence de M. Dekker, Président de Philips, une mission d'étude sur la réforme du système de protection sociale et de distribution des soins. Le rapport du groupe est remis en mars 87 sous le titre « la volonté de changer ». La publication, un an plus tard, d'un mémorandum intitulé « le changement assuré », montre à l'évidence que les pouvoirs publics en assument la responsabilité. En dépit d'un changement gouvernemental, la mise en œuvre de la réforme est actuellement en cours et porte sur trois points : le champ d'application de l'assurance-maladie, le financement et les modalités de régulation.

### **1. Le champ d'application : une assurance maladie et perte d'autonomie obligatoire**

La première modification que la réforme introduit concerne la définition des affiliés et l'étendue de la protection.

Une assurance obligatoire est créée pour toute la population résidente ; elle couvre 85 % des dépenses, c'est-à-dire la quasi-totalité des risques médicaux et sociaux. La séparation entre secteur sanitaire et secteur médico-social est abolie. Le financement de cette assurance repose sur deux cotisations : une contribution sociale généralisée (75 %) et une cotisation individuelle obligatoire (environ 10 %). Pour le surplus, les usagers ont la possibilité, mais non l'obligation, de souscrire une assurance complémentaire. Le fonctionnement du système sera indifféremment assuré à partir de 1992 par des organismes d'assurances commerciales ou para-publiques au choix de l'utilisateur. Ces organismes assureront obligatoirement à la fois la gestion de la protection de base et de la protection complémentaire. Pour être habilités, ils devront respecter deux règles : l'interdiction du refus d'assurances et la non différenciation des primes appelées en fonction des caractéristiques personnelles des souscripteurs.

Ceci est radicalement différent du système précédent. Tous les Hollandais étaient couverts pour leurs dépenses « exceptionnelles », les très longs séjours hospitaliers, les placements en maisons de retraite. Cette assurance-dépendance (AWBZ) représentait plus de la moitié des coûts de l'assurance publique. Elle était obligatoire et financée par les employeurs et les travailleurs indépendants sur la

base de cotisations fixées en pourcentage du revenu. En matière d'assurance-maladie, 3 régimes coexistaient. Un régime d'assurances public obligatoire, financé par des cotisations assises sur les gains professionnels couvrait les salariés dont les revenus n'excédaient pas 150 000 Francs (62 % de la population en 1987). Un second prenait automatiquement en charge tous les agents de l'Etat et des collectivités locales, quel que soit leur salaire (6 % de la population). Enfin, les titulaires de revenus supérieurs à 150 000 Francs, les chefs d'entreprise et les professions libérales pouvaient, s'ils le souhaitaient, recourir à un système d'assurances privé dont les garanties étaient plus ou moins étendues (32 % de la population).

## **2. Le financement de l'assurance obligatoire**

Le financement de l'assurance obligatoire médicale et sociale sera maintenant assuré par deux cotisations :

- Une cotisation sociale généralisée et fiscalisée fixée par le gouvernement en pourcentage des capacités contributives de chacun dans la limite d'un plafond. Il est ainsi mis fin à l'ancien système des cotisations professionnelles financées conjointement par les employeurs et les salariés. Une caisse nationale de péréquation est instituée pour recevoir cette cotisation et verser les fonds aux organismes d'assurance habilités en tenant compte des caractéristiques d'âge et de sexe de leur clientèle sous la forme d'un Forfait Annuel de Santé Identique pour tous les organismes assureurs.
- Une cotisation individuelle obligatoire. Directement versée par l'assuré à l'organisme de son choix, elle est uniforme pour tous les adhérents de cet organisme quels que soient leur âge, leur sexe et leurs antécédents de santé. A prestations réglementaires égales, la concurrence entre les assureurs se fait donc sur le montant de cette cotisation. Celui-ci est d'autant plus faible que les assureurs contrôlent bien leur propre coût de gestion et celui du système de santé par les accords contractuels passés avec les offreurs de soins.

## **3. Les modalités de régulation**

Grâce à ce système, les prestations minimales garanties pour chaque individu sont indépendantes du montant de sa contribution fiscalisée. Parallèlement les assureurs seront incités à porter une plus grande attention à la qualité et au coût des prestations.

La valeur des actes médicaux ou des forfaits cesse d'être fixée au niveau national, mais sera négociée entre les, assureurs et les offreurs de soins.

Dans l'esprit de ses auteurs, la réforme introduit des modalités de régulation nouvelles sur deux points : le libre choix de l'organisme assureur, et le contrôle de celui-ci sur les offreurs de soins.

L'impact de cette réforme sur les revenus, par rapport au système précédent, a été estimé par le gouvernement néerlandais :

- de 0 % à - 0,5 % en revenu disponible pour un couple sans enfants au niveau minimum de revenu (de - 1 % à - 1,5 % pour un couple avec enfants) ;
- de - 0,5 % à - 2% pour certaines catégories de fonctionnaires et les célibataires à hauts revenus ;
- de + 0,5 % à + 2 % pour les célibataires à faibles revenus ;
- de 0 % à + 4 % pour les membres des professions libérales mariés et pour les retraités à bas revenu ayant une assurance privée ;
- et enfin de 0 % à + 2 % pour les fonctionnaires mariés à faibles revenus.

Ces estimations font état de taux supérieurs aux calculs fournis par le gouvernement français quant à l'impact de la C.S.G. sur les revenus des contribuables.

### **LA C.S.G. : UN FINANCEMENT IDENTIQUE, DES OBJECTIFS DIFFERENTS**

Les Pays-Bas ont choisi cette technique pour financer à la fois l'assurance-maladie et les dépenses sociales. En France, le champ d'application de la C.S.G. est pour l'instant limité aux allocations familiales et à l'assurance vieillesse.

Mais la contribution sociale généralisée va dans le sens d'une plus grande équité dans la mesure où la solidarité est assise sur une plus large assiette. Comme aux Pays-Bas, elle fiscalise dans une certaine proportion des cotisations qui étaient auparavant à la charge des entreprises en les transférant à l'ensemble de la communauté.

Par contre, la collecte de cet impôt sera aux Pays-Bas sous la responsabilité de l'administration fiscale et, en France, de l'URSSAF, organisme de droit privé, ce qui risque de poser un problème constitutionnel.

La C.S.G. aura enfin une conséquence importante sur le comportement des Français. Elle va leur faire prendre réellement conscience du coût de la protection sociale. En effet, les économistes s'accordent à dire que la déductibilité des cotisations sociales actuellement payées par les salariés est une prime à la sur-assurance collective. Il nous est apparu important de le rappeler.