

Qu'est-ce qui finance notre santé ?

Hélène Gebel

Le texte ci-dessous est une retranscription de l'intervention orale présentée lors de la journée d'étude du 20 septembre 2016, sur les « Impacts du numérique et de l'informatique dans le domaine de la santé »

1) Introduction

Trois grands systèmes de sécurité sociale ont vu le jour.

Le système dit « corporatiste » suppose le paiement de cotisations sociales dans le cadre de l'emploi. C'est donc le travail qui sert ici de « porte d'entrée » dans le système de prestations sociales, dans une logique qualifiée d'assurancielle. Les cotisations salariales sont soustraites du salaire brut, pour protéger les personnes en cas de chômage, de retraite, ou de changements familiaux générant davantage de dépenses. Ce système, apparu dans l'Allemagne de la fin du XIXe siècle, est parfois qualifié de « bismarckien », car le chancelier Bismarck en a posé les fondements. Il n'avait pas dans l'idée de mettre en place un Etat providence tel que nous l'entendons. Le but pour le chancelier, était d'atténuer les revendications de la classe ouvrière pour qu'elle ne déclenche pas une révolution.

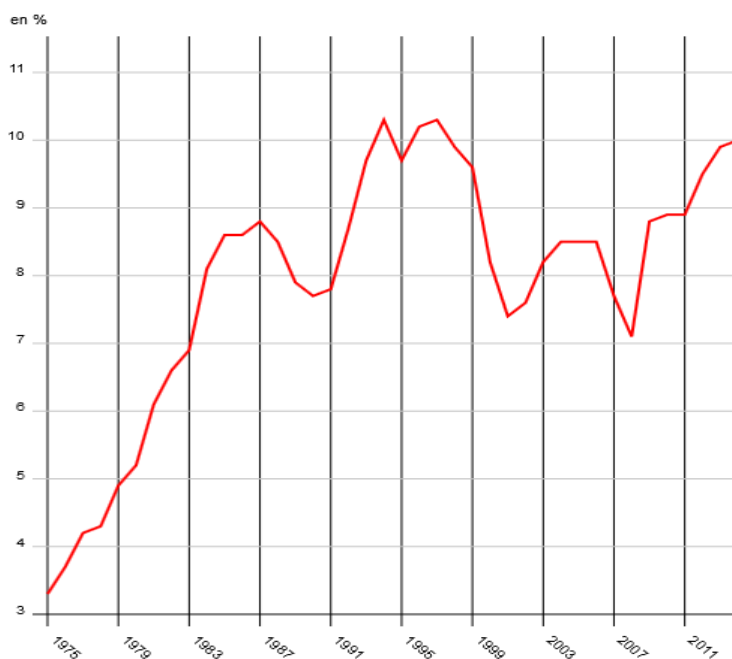
Le système dit « universaliste » (ou beveridgien, du nom de son fondateur britannique Lord Beveridge) couvre l'ensemble de la population contre les risques sociaux, sans obligation d'une cotisation préalable. Financé par l'impôt, il attribue des prestations identiques à tous les allocataires. Les prestations ne sont pas proportionnelles aux risques ou aux dommages subis.

Le système dit « résiduel » ou libéral (États-Unis, Canada) est fondé sur le libre-choix (non obligatoire) d'une couverture des risques par des contrats privés, l'État n'assurant une protection minimale que pour les risques les plus graves. Ce système est dit résiduel car il prend tout de même en charge les plus démunis.

Pourquoi notre système corporatiste ne fonctionne plus depuis quelques décennies ?

Le dispositif de protection sociale français s'est historiquement constitué sur la logique assurancielle, « bismarckienne », après la Seconde Guerre Mondiale. Cette logique, adaptée à la période de croissance exceptionnelle des Trente Glorieuses, a été confrontée, à partir du milieu des années 70, à la montée du chômage de masse. Ce système repose sur des cotisations sociales payées par les actifs. Dès lors que le chômage augmente, le système est fragilisé. Les personnes ne pouvant plus travailler ne payent plus les cotisations sociales et ont droit à des allocations. L'équilibre se renverse. Avec un taux de chômage élevé en France, le système corporatiste est donc difficilement viable.

Taux de chômage au sens du BIT (moyenne annuelle) - Ensemble des 15 à 64 ans - France métropolitaine



■ Série 001665003 : Taux de chômage au sens du BIT (moyenne annuelle) - Ensemble des 15 à 64 ans - France métropolitaine

La logique « universaliste », financée par l'impôt, est donc venue compléter le système, avec la création du RMI (remplacé depuis par le RSA), la Couverture Maladie Universelle (CMU) ou encore l'allocation de parent isolé (API), intégrée dans le RSA depuis 2009. Aujourd'hui, la Sécurité sociale française est donc un mélange entre le système assurantiel et le système universaliste qui s'est fait par petites retouches sans que l'on repense le système global.

2) Quelques rappels sur la Sécurité sociale

A l'origine de la Sécurité sociale, il y a les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945 du GPRF, le Gouvernement Provisoire de la République Française. Sa fonction est de protéger les individus des conséquences d'événements ou de situations diverses, qualifiés de « risques sociaux ». Ceux-ci ont été regroupés en quatre branches :

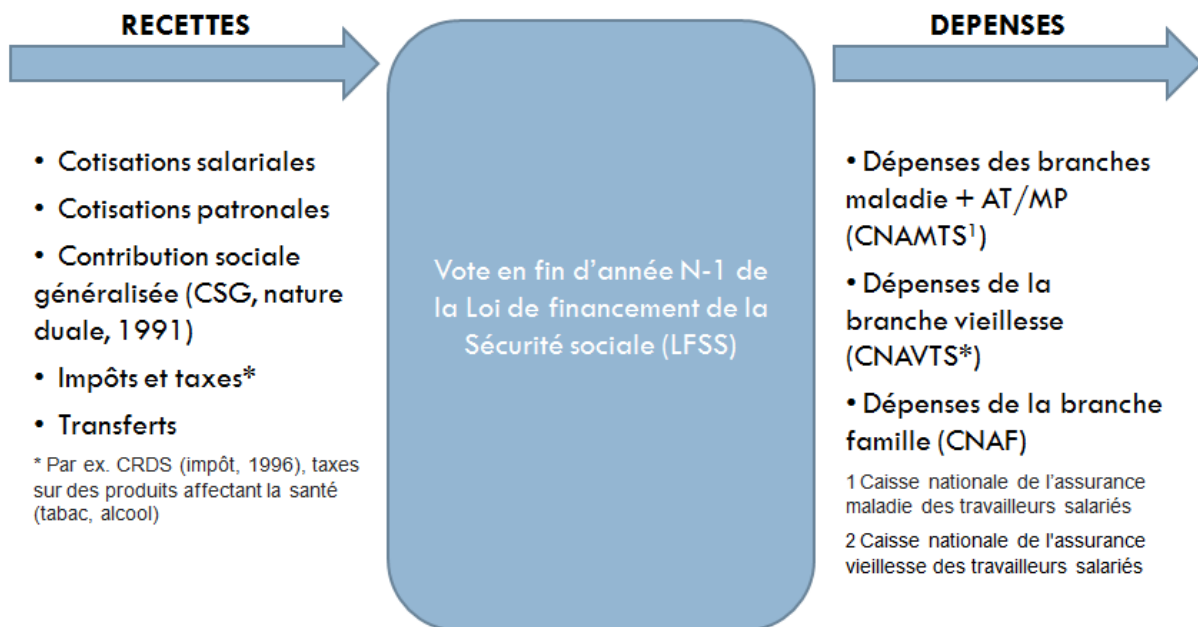
- La branche maladie (maladie, maternité, invalidité, décès) ;
- La branche accidents du travail et maladies professionnelles ;
- La branche vieillesse et veuvage (retraite) ;
- La branche famille (dont handicap, logement...).

La branche famille est directement liée à la politique nataliste de la France. Le but est de maintenir un taux de natalité élevé. Encore aujourd'hui, c'est une particularité du système de Sécurité sociale français. Ainsi, la plupart des allocations familiales sont versées sans critères de revenus.

3) Le financement de la Sécurité sociale

Les recettes de la Sécurité sociale sont composées des cotisations, de la contribution sociale généralisée (CSG), des impôts et taxes. L'Etat rattrape aussi les failles de la Sécurité sociale en procédant à des transferts. La CSG a une nature duale : ce n'est ni un impôt, ni une cotisation d'après un arrêt de la Cour de Cassation. La contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) est, elle, un impôt mis en place en 1996.

Les dépenses sont attribuées aux différentes institutions qui se chargent des branches existantes. La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) se charge des deux premières branches au niveau national : maladies, accidents de travail et maladies professionnelles. La branche vieillesse est prise en charge par la caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS), tandis que la branche famille est gérée par la caisse nationale des allocations familiales (CNAF).



Comme on peut le voir sur le tableau ci-dessous, la branche maladie présente un problème un déséquilibre structurel car c'est principalement d'elle que vient le déficit de la sécurité sociale.

	Dépenses	Recettes	Soldes
Maladie	201,1	194,9	-6,2
AT/MP	13,4	14,0	0,6
Vieillesse	49,6	48,8	-0,8
Famille	227,8	228,7	0,9
Toutes branches consolidées	478,3	472,8	-5,6

En milliards d'euros

Pour les régimes obligatoires de base de sécurité sociale (régime général, régime agricole, régime social des indépendants, etc.)

LOI n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016

De ce fait, les parlementaires votent un **ONDAM** (Objectif national de dépenses d'assurance-maladie). Il s'agit d'une norme d'évolution de la dépense, et non d'une enveloppe budgétaire limitative. C'est un **outil de régulation** des dépenses de l'assurance maladie.

L'ONDAM a été créé par une ordonnance de 1996 par le Gouvernement Juppé. L'ONDAM englobe les soins de ville, d'hospitalisation dispensée dans les établissements privés ou publics mais aussi dans les centres médico-sociaux. Cette mesure a été prise parce que les dépenses concernant la branche maladie ne cessaient d'augmenter. L'objectif est de stabiliser ces dépenses, de limiter leur accroissement.

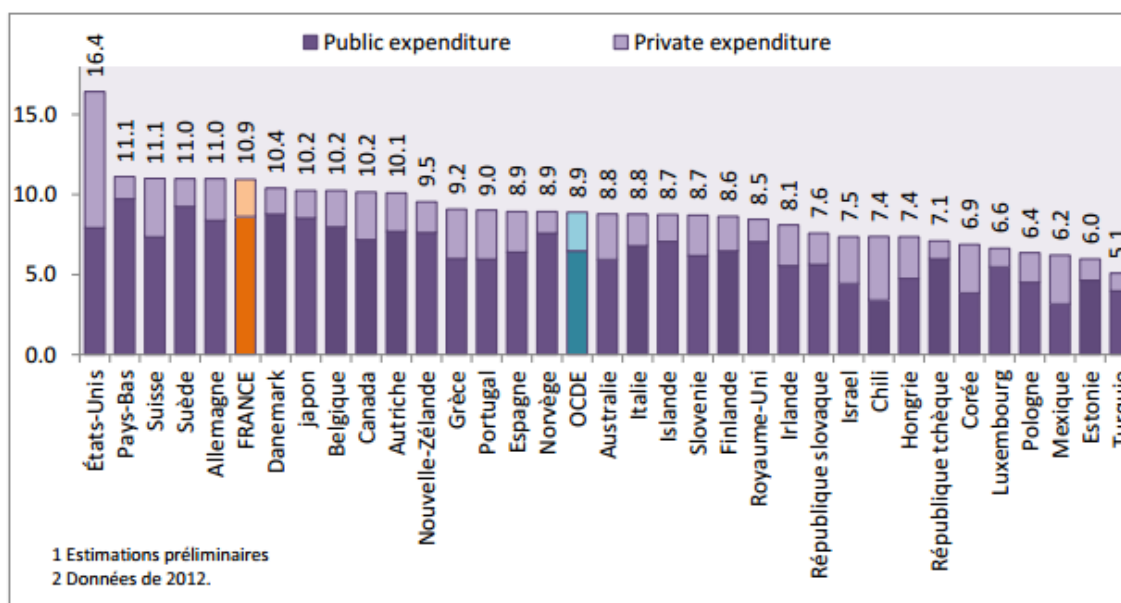
2013	2014	2015	2016 (p)	2017 (p)	2018 (p)	2019 (p)
2,3%	2,6%	2,0%	1,75%	1,75%	1,75%	1,75%

ONDAM selon la LOI n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016

L'OCDE, Eurostat et l'OMS utilisent depuis 2006 un concept commun pour comparer les dépenses de santé de leurs membres : la dépense totale de santé (DTS).

En France, elle est évaluée à partir de la dépense courante de soins (DCS) et de biens médicaux en retirant les indemnités journalières (IJ), une partie des dépenses de prévention (sécurité sanitaire de l'alimentation, prévention liée à l'environnement), les dépenses de recherche et de formation médicales et en ajoutant l'investissement des secteurs hospitaliers publics et privés, ainsi que les dépenses liées au handicap et à la dépendance.

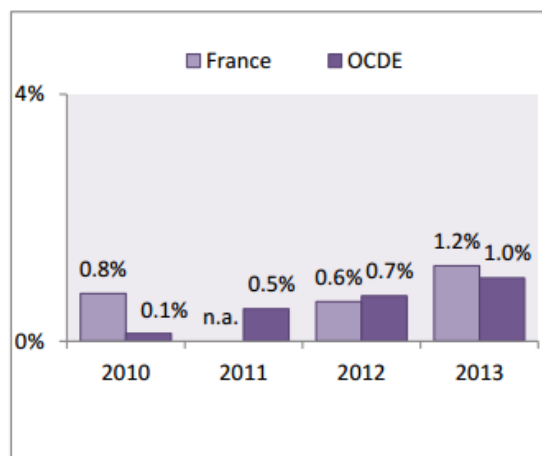
Graphique 2. Dépenses de santé* en pourcentage du PIB, 2013



* Dépenses de capital non comprises.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015

- **Progression** : En France, les dépenses moyennes de santé par habitant ont lentement progressé depuis 2011, essentiellement au même rythme que la moyenne de l'OCDE.
- **Part du PIB** : La part du PIB allouée aux dépenses de santé (dépenses en capital non comprises) en France était de 10.9 % en 2013, par rapport à une moyenne OCDE de 8.9. Ce chiffre est légèrement supérieur à celui de 2012, et dépasse le niveau de 2003 d'environ 1 point de pourcentage.
- **Dépenses par habitant** : La France a dépensé l'équivalent de 4 124 USD par personne dans la santé en 2013, par rapport à une moyenne OCDE de 3 453 USD. Le financement public représentait 79 % des dépenses totales de santé, soit un niveau supérieur à la moyenne de l'OCDE (13 %).

Graphique 1. Progression* des dépenses annuelles de santé, 2010-2013



* Dépenses par habitant en termes réels.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015

En 2013, la France accorde 10,9% de son PIB pour des dépenses de santé selon l'OCDE, soit 251,37 milliards d'euros. En soi, ce nombre ne veut pas dire grand-chose. Il s'agit surtout de savoir si avec ce système de dépense nous sommes satisfaits ou non de notre système de santé. Est-ce que ce niveau de dépenses permet réellement de soigner la population ? Ce serait aux professionnels de santé et aux patients de répondre.

Pourquoi les dépenses totales de santé augmentent-elles ? Les raisons sont nombreuses. On peut ainsi citer :

- Augmentation de la **durée de vie** avec un recours grandissant aux soins,
- Multiplication des **médicaments innovants et coûteux**,

- Mise en place de **technologies nouvelles** d'investigation,
- Baisse de « **rentabilité** » des hôpitaux publics (35h = heures sup.),
- **Souci** plus grand d'être en bonne santé.

⇒ Dans tous les pays de l'OCDE, la santé est un poste de dépenses qui progresse plus rapidement que l'activité économique.

⇒ L'Etat seul ne peut plus subvenir aux besoins de la population ; d'où la place de plus en plus grande laissée aux complémentaires.

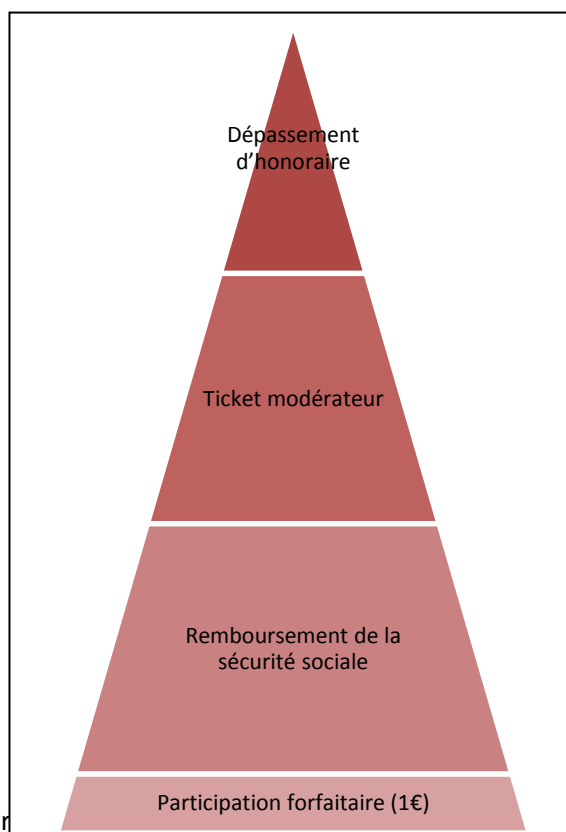
Plusieurs acteurs financent les dépenses de santé :

- L'État finance surtout la prévention, la formation et la recherche médicale mais également les soins des plus précaires (via la CMU et l'AME).
- Les autres financeurs interviennent majoritairement dans le cadre de la Consommation de services et de biens médicaux :
 - L'Assurance Maladie se charge du « gros risque », c'est-à-dire des risques les plus coûteux (hospitalisation, ALD, etc.) ;
 - Les organismes de protection complémentaire (mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance) financent le « petit risque » (optique, dentaire, audioprothèses) ;
 - Les ménages voient leur part fluctuer au gré de l'évolution du montant des « restes à charge ».

Les complémentaires santé sont soit obligatoires (sous forme d'assurance-groupe dans certaines entreprises ou branches d'activité), soit facultatives et souscrites volontairement par les assurés, auprès d'une compagnie d'assurance ou d'une mutuelle. Les formules proposées sont extrêmement diverses en termes de prix et de garanties. Les entreprises sont dans l'obligation de proposer à leurs salariés une mutuelle d'entreprise.

Les complémentaires santé prennent en charge tout ou partie de ce qu'on appelle le ticket modérateur. Ce terme désigne la différence entre le tarif de base (ou tarif conventionné) de la sécurité sociale, et le remboursement qu'elle effectue plus la participation forfaitaire. Ce taux de remboursement varie en fonction des actes et médicaments, de la santé de l'assuré, du respect ou non du passage par le médecin traitant, etc.

La loi de modernisation de notre système de santé, qui pr... payant, a été promulguée le 26 janvier 2016.



- Les patients à faibles ressources, ainsi que les patients couverts à 100% par la Sécurité sociale (ALD, femmes enceintes) en bénéficient déjà.

- Pour les autres assurés, le tiers payant sera déployé à partir de janvier 2017 et obligatoire à partir du 30 novembre 2017. La participation forfaitaire restera à la charge du patient. Elle devrait être prélevée directement sur le compte bancaire de l'assuré par l'Assurance maladie.

Mais si l'assurance maladie s'engage à rembourser des soins, encore faut-il avoir la garantie de leur(s) résultat(s) !

4) L'évaluation

En France, c'est la Haute autorité de Santé (HAS) qui procède à l'évaluation dite « médico-économique ». L'évaluation économique met en regard les résultats attendus d'une intervention de santé avec les ressources consommées pour la produire. Cela suppose donc des comparaisons sur la base de coûts et de résultats. L'objectif est de hiérarchiser les différentes options envisageables en fonction de leur capacité à engendrer les meilleurs résultats possibles à partir des ressources à mobiliser, au service des décideurs en vue d'une allocation optimale des ressources (critère d'efficience).

Pour étudier la modification de l'organisation des soins induite par le choix d'une intervention particulière, la HAS intègre plusieurs facteurs :

- une évaluation des conséquences économiques ;
- une évaluation en termes de justice sociale (équité) ;
- une réflexion sur les comportements des professionnels de santé et des patients ;
- une analyse d'impact budgétaire.

➔ D'où le programme « Territoire de soins numérique » qui vise l'émergence de « territoires d'excellence » pilotes en matière d'usage du numérique, au service de l'amélioration et de la modernisation du système de soins. L'un des objectifs est de réduire les dépenses de santé.

5) Questions-Réponses

Question : la pénurie médicale a-t-elle aussi un impact sur la réduction médicale ?

Hélène Gebel : Un des objectifs fixés au territoire de soin numérique est de rendre accessibles à certaines personnes, très isolées d'un point de vue médical, des soins qu'ils ne pourraient pas avoir autrement. C'est un objectif louable mais il est dangereux de faire peser le poids de la santé sur les seules épaules de malades. Depuis quelques années, l'idée que le patient doit être actif, acteur de sa santé, s'est mis en place de la même manière qu'un chômeur est dans l'obligation d'être pro-actif pour obtenir son allocation. Il faut faire attention à la notion de culpabilité.

Question : Pourquoi a-t-on rendu obligatoire le fait d'avoir une mutuelle ?

Hélène Gebel : En France nous avons les fondements d'une logique assurantielle, on demande à chacun de s'assurer un minimum pour que les coûts totaux soient réduits et ne pénalisent pas la société.